

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR E O BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA: DIREITO OU NEGAÇÃO**

JOSIANE ANTONIO RESENDE

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL

DEFENDIDO E APROVADO

EM: 25/07/07

FLORIANÓPOLIS-SC

2007/1


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

JOSIANE ANTONIO RESENDE

**O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR E O BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA: DIREITO OU NEGAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina – UFSC, para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Beatriz Augusto Paiva

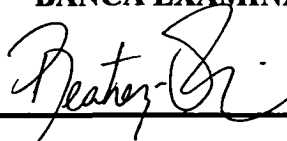
FLORIANÓPOLIS-SC
2007/1

JOSIANE ANTONIO RESENDE

**O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL INFRATOR E O BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA: DIREITO OU NEGAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, no Departamento de Serviço Social, no Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

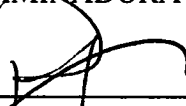
BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª. Beatriz Augusto Paiva
PRESIDENTE



Profª Drª. Simone Sobral Sampaio
Departamento de Serviço - UFSC
1ª EXAMINADORA



Rita de Cássia Ouriques Darós
Assistente Social do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
CRESS/3499-12ª Região
2ª EXAMINADORA

FLORIANÓPOLIS-SC
2007/1

Dedico este trabalho a meus pais por terem me ensinado as primeiras lições de vida e aos meus irmãos Jander e Jonatas por serem os meus melhores amigos.
Vocês estarão sempre em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelo dom da sabedoria e por ter colocado em meu caminho pessoas que me ajudaram a ser o que sou.

Ao meu pai Antonio “China” e a minha mãe Alzira, pela confiança que depositaram em mim. Por terem me dado o estudo que não puderam ter e, sobretudo por terem acreditado em minha capacidade. Amo vocês.

Ao meu Irmão Jander que apesar de já ter constituído uma nova família nunca deixará de ser o meu querido irmão. Ao Jonatas “o caçula” que esperou embora impaciente, o fim desse trabalho, para receber assim um pouco de minha atenção.

As minhas querida vovós Marta e Maria, simplesmente por serem as avós mais queridas do mundo.

A todos meus familiares que fazem parte da minha história.

Aos meus primeiros professores que me mostraram o quanto é bom estudar e percorrer pelo mundo do conhecimento.

Aos professores do Departamento de Serviço Social pela garra de transmitir o conhecimento em frente a todas as diversidades encontradas no dia-dia acadêmico.

A minha orientadora Prof^a. Dr. Beatriz Paiva pela orientação, pelo conhecimento compartilhado, pela troca de informações e sugestões na construção desse trabalho.

Aos profissionais do Hospital de Custódia nas pessoas das assistentes sociais Maria Sirene minha orientadora de campo durante estágio nesta instituição, Rita e Maria Emilia. A professora de Educação Física Inês por seu amor ao trabalho realizado junto aos pacientes. A Talita e Sabrina companheiras de estágio e aos demais profissionais que sempre foram atenciosos.

As minhas amigas Tatiana, Selma, Andréa Correa, Eliana Antunes, Simone, Denise Venera, Fernanda, Débora, Vanessa Teixeira e Vanessa Leiton, pelos momentos de troca, de conversa e descontração. Vocês estarão sempre em meu coração.

Aos meus amigos do EMAÚS com os quais convivo há bastante tempo e que são meus companheiros de perseverança. Deus os abençoe.

Aos meus amigos de trabalho, que acompanharam desde o início esta minha fase de dedicação aos estudos.

A minha querida prima Eliane, você é muito especial para mim.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma se fizeram presentes e contribuíram para a conclusão de mais essa etapa em minha vida.

Obrigada!

Ismália

Alphonsus de Guimaraens

Quando Ismália enlouqueceu,
Pôs-se na torre a sonhar...
Viu uma lua no céu,
Viu outra lua no mar.

No sonho em que se perdeu,
Banhrou-se toda em luar...
Queria subir ao céu,
Queria descer ao mar...

E, no desvario seu,
Na torre pôs-se a cantar...
Estava perto do céu,
Estava longe do mar...

E como um anjo pendeu
As asas para voar...
Queria a lua do céu,
Queria a lua do mar...

As asas que Deus lhe deu
Ruflaram de par em par...
Sua alma subiu ao céu,
Seu corpo desceu ao mar...

RESUMO

RESENDE, Josiane Antonio. O Portador de Transtorno Mental Infrator e o Benefício de Prestação Continuada: direito ou negação. 2007. p.69. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso consiste em uma pesquisa bibliográfica, documental e de observação dedicada a refletir um tema específico da política de assistência social. Busca-se fazer uma análise crítica a respeito do Benefício de Prestação Continuada – BPC, tendo como sujeito o portador de transtorno mental infrator que se encontra internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina - HCTP. Para melhor compreender a temática traça-se o percurso histórico da loucura, como esta passou de divinizada para algo diabólico; e como se deu o processo de sua institucionalização e, por conseguinte todo o processo de segregação ao qual este sujeito está submetido. No decorrer do estudo, vemos que existe uma proposta de desinstitucionalização decorrente do Movimento de Reforma Psiquiátrica e, diante desta nova perspectiva de se trabalhar para a reinserção do portador de transtorno mental ao convívio social e familiar, colocamos a importância do BPC neste processo, como uma possibilidade de acesso a outras políticas públicas, que venha a contribuir para a autonomia do portador de transtorno mental, ainda que relativa. Todavia nos deparamos com restrições para o acesso ao referido benefício: o que seria direito conforme nos indica nossa Constituição Federal se vê em meio a contradições que acabam por negá-la como tal.

Palavras Chaves: Portador de Transtorno Mental, Benefício de Prestação Continuada, Política de Assistência Social.

LISTA DE ABREVIACÕES

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IPQ/SC - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social

PL – Projeto de Lei

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SJC - Secretaria de Justiça e Cidadania

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
SEÇÃO I - OS CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	15
1.1 A Origem dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	17
1.2 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina	19
1.3 HCTP e a Reforma Psiquiátrica.....	25
1.3.1 Nova Proposta de Institucionalidade no Tratamento.....	28
SEÇÃO II - A ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO UM DIREITO ESTRATÉGICO NA PROTEÇÃO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	33
2.1 O BPC como viabilizador de acesso do portador de transtorno mental as demais políticas públicas	38
2.2 BPC e os critérios de elegibilidade como negação do direito.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS.....	57

INTRODUÇÃO

O sujeito portador de transtorno mental esteve por muito tempo encerrado dentro dos muros de asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos. O abrigo em instituições era tido como a única assistência oferecida a esta parcela da população.

Com o objetivo de ampliar a assistência surge a proposta de reabilitação psicossocial¹. Segundo Pereira (2003, p.72), “esse percurso propicia a descoberta de recursos e potencialidades adormecidas e, no seu desenvolvimento, deve oferecer todas as possibilidades de tratamento disponíveis”.

Para se chegar ao atual modelo houve um processo de muita luta no Brasil por parte do chamado movimento antimanicomial que teve sua origem na década de 1970, mesmo período em que diversos setores se mobilizaram com o objetivo de redemocratizar o país.

A busca pelo resgate ao convívio social do portador de transtorno mental implica, sobretudo, na escuta desses sujeitos que, embora considerados “diferentes”, possuem também direitos.

Por muito tempo segregado, o portador de transtorno mental teve não só a privação de sua liberdade como também de seus direitos. Viu-se despojado de seus pertences e de sua individualidade. Hoje fala-se então em processo de desinstitucionalização como um resgate a cidadania desses sujeitos.

“O conceito de cidadania dos doentes mentais, implícito no discurso de Basaglia, diz respeito à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos aos mesmos (...). Trata-se, sobretudo de ampliar ou diversificar, num trabalho prático de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade...”. (AMARANTE, 1996, p. 120-121).

¹ A reabilitação psicossocial (também chamada de reabilitação psiquiátrica) é um conjunto de serviços dirigidos a pessoas com doenças mentais e déficits funcionais graves. O objetivo da reabilitação psicossocial é capacitar os indivíduos a compensar ou eliminar os déficits funcionais, e restaurar nelas a capacidade de viver de maneira independente. A reabilitação psicossocial representa uma revolução no tratamento de doenças mentais graves, e foi desenvolvida na mesma época que os medicamentos. Os medicamentos tratam, antes de mais nada, os sintomas positivos, como as delusões, as alucinações e a depressão ou oscilações de disposições de espírito. A reabilitação psicossocial neutraliza os sintomas negativos da doença, como a dificuldade de cumprir tarefas, de se concentrar e de ser assertivo. Atinge esta meta ensinando habilidades e técnicas para lidar com as situações, e ajudando o indivíduo a desenvolver um ambiente que lhe dê apoio e a readquirir a sensação de dominar sua própria vida. Aqueles que promovem a reabilitação psicossocial partem dos pontos fortes de cada indivíduo, enfatizando a sensação de bem-estar e incluindo as famílias e a comunidade no processo de recuperação (IAPSR, 1995).

A grande questão posta hoje é que o hospital psiquiátrico deve ser visto realmente como um hospital em que se busque tão somente o tratamento. Hospital não é abrigo e não se deve punir esses sujeitos com internação perpétua.

Sabemos que muitos dos pacientes hoje internados em hospitais psiquiátricos já perderam o vínculo familiar, portanto existe sim, a real necessidade de se pensar em alternativas extra-hospitalares como os lares abrigados, que já são realidade em algumas regiões do país.

Como veremos, muitas são as propostas para a superação do modelo manicomial, contudo, um dos grandes problemas enfrentados refere-se aos Hospitais de Custódia, os quais são um misto de hospital-prisão. Um dos principais problemas enfrentados pelos pacientes dos Hospitais de Custódia é o fato de serem “marcados” duplamente pelo estigma de “loucos” e “criminosos”. Tais estigmas acabam por dificultar o acesso destes principalmente no mundo do trabalho, que se apresenta cada vez mais competitivo.

Neste trabalho buscou-se analisar as possibilidades de proteção social aos portadores de transtorno mental infrator, por meio da política de assistência social, com o auxílio do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Mas o trabalho não se limitou a isto, pois, embora possamos vislumbrar um caminho rumo à efetivação de direitos, podemos perceber que nem tudo são rosas, pois no meio do caminho existem “pedras”, e foram sobre estas “pedras” que aqui aparecem em formas de restrições e condições para o acesso ao benefício que nos debruçamos.

A motivação para se trabalhar com o tema: “portador de transtorno mental infrator e o Benefício de Prestação Continuada” se refere ao pouco debate sobre o tema e a experiência de estágio no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina – HCTP, que ocorreu no período de setembro de 2006 a fevereiro de 2007.

Embora no pouco período que estive no HCTP pude acompanhar o pedido de benefício para alguns pacientes, e constatar que muitas são as dificuldades para se conseguir o acesso, contudo com o benefício concedido, um fato que me chamava a atenção era que os pacientes começavam a fazer planos quanto ao seu futuro. Parece pouco, contudo estamos falando de sujeitos que por muito tempo não tiveram nem mesmo o direito de sonhar. E o fato de se requerer uma renda fixa para eles não pode ser visto como uma “caridade” ou “esmola” é sim a possibilidade de ver os seus sonhos realizados, independente de qual for: “arrumar os dentes”, “arrumar a casa”, “comprar o que desejar”. É acima de tudo a possibilidade de terem uma vida mais digna.

O objetivo geral deste trabalho, portanto, consiste em fazer uma análise crítica a respeito do BPC na sua destinação ao portador de transtorno mental infrator. O BPC, embora se mostre como um instrumento que vem a contribuir para a desinstitucionalização deste sujeito de direitos, trás, por outro lado, várias restrições para o seu acesso. Há assim, uma hipótese que se apresenta com bastante evidência, a comprometer o acesso a este direito, que diz respeito à comprovação da incapacidade para o trabalho, que acaba por restringir o seu acesso a políticas de inclusão que vem ao encontro da sua autonomia, e ao que busca a chamada Reforma Psiquiátrica.

A partir deste objetivo mais amplo, outros se fazem necessários. Para tanto se pontua como objetivos específicos:

- 1º. Conhecer de forma mais aprofundada os sujeitos portadores de transtorno mental infrator;
- 2º. Apresentar a visão histórica da loucura e de sua institucionalização;
- 3º. Situar como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica e como o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está neste processo.
- 4º. Apresentar as novas alternativas de institucionalização do tratamento;
- 5º. Analisar a política de assistência social pela ótica do direito.
- 6º. Pontuar o BPC como uma importante ferramenta para a desinstitucionalização, à medida que, garante o acesso a políticas de proteção social ao usuário em condição de pobreza e abandono.
- 7º. Trazer à tona as dificuldades para se adquirir o Benefício: critérios de elegibilidade como negação do direito.

Assim, o trabalho foi dividido em duas seções. Na primeira seção apresenta-se os quatro primeiros objetivos visando primeiramente à aproximação com os sujeitos e toda a problemática que os envolvem. Para tanto se fez necessário um estudo sobre a história da loucura, que nos deu todo o suporte para entendermos a dinâmica que hoje se apresenta com relação aos sujeitos da pesquisa.

Na segunda seção trabalha-se com os três últimos objetivos apresentados anteriormente. A exposição do tema mais do que ser um simples apontamento do que esta posto, trás uma reflexão:

o que quer dizer a nossa Constituição Federal quando diz que a assistência social será prestada a quem dela necessitar? É isto o que realmente vem ocorrendo?

Por fim com o objetivo de se fazer um fechamento apresenta-se as considerações sobre o estudo realizado bem como as sugestões que possam vir a contribuir para um avanço com relação à política de assistência.

Em termos metodológicos, para a elaboração do trabalho foi feita uma pesquisa exploratória – qualitativa, com o objetivo, de aproximar-me mais do tema e do debate acerca da problemática. Para tanto foi realizada pesquisa documental em legislações, orientações normativas do HCTP e no próprio plano de estágio. Para o suporte teórico foi necessária a aproximação com alguns autores, realizando-se assim uma pesquisa teórico-bibliográfica. Também foi utilizado como técnica de investigação a observação simples no período de estágio, onde foi possível acompanhar alguns processos de entrada do BPC junto ao INSS (Instituto Nacional de Seguro Nacional). Tal observação possibilitou a obtenção de elementos para a definição do problema de pesquisa, que se apresenta como: os critérios de elegibilidade que restringem o acesso do portador de transtorno mental infrator ao BPC, se materializam como a negação do Direito?

Com relação aos autores pesquisados, temos Paulo Amarante, Augusto César de Farias Costa, Michael Foucault, Tânia Kolker, Edson Biondi, Jorge Fialho, Walmor Piccinini, Paulo César Zambroni de Souza, Lílían Konageski Stumm, Leila Mariza Hildebrandt e Eduardo Mourão Vasconcelos, que trabalham com a questão da loucura e da reforma psiquiátrica.

Mas especificamente sobre o Hospital de Custódia e o portador de transtorno mental infrator, trabalhou-se com: Renata Emanuella Cardoso, Roberta Gabriella Cardoso, Maria Sirene Cordioli, Josel Machado Corrêa, Mônica Medeiros Gomes, Lurdiane Andréa Marca, Eleonora Dizidério Luz e Leandro Antônio Soares Lima.

Por fim apresentamos os autores que nos deram respaldo para falarmos da política de assistência social e do Benefício de Prestação Continuada, são eles: Sâmara da Silva Freire Assumpção, Elaine Rossetti Behring, Ana Ligia Gomes, Potyara Pereira, Daniela Peixoto Ramos, Ana Carolina Quirino, Marlene Santos, Aldaíza de Oliveira Sposati e Maria Carmelita Yasbeck.

SEÇÃO I - OS CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

A história nos mostra que os comportamentos considerados desviantes foram ao longo dos tempos interpretados de maneiras diferentes.

A loucura era vista pelos povos primitivos como algo sagrado, tinha-se os atos praticados pelos loucos como manifestações divinas. Os índios faziam homenagens através de cerimônias religiosas para homenageá-los, pois tinham respeito e veneração pelos perturbados mentais.

Na Idade Média a loucura era vista como natural. Era o tempo da loucura livre. No fim do século XV a loucura passa a influenciar inclusive a arte e a cultura. Luz (2003. p.5), coloca que “no clássico Elogio da Loucura (*Encomium Moriae*) Erasmo de Rotterdam considerava a loucura como fonte de irradiação criativa para o homem”.

Segundo Michel Foucault (1977), foi no século XVI com a interferência da Igreja que a loucura passa a ser vista como manifestações diabólicas e fruto da imaginação imoral.

Dá-se a partir do século XVII início a doutrina da exclusão. Os que hoje denominamos de portadores de transtornos mentais foram por muito tempo chamados de feiticeiros, bruxos e possuídos. Sendo muitos deles queimados vivos na fogueira.

Neste mesmo século foram fundados e estruturados os primeiros hospícios da Europa, os quais não tinham finalidade médica. Os hospícios se assemelhavam as prisões e tinham por objetivo confinar pessoas indesejáveis à sociedade. Segundo Foucault (1997 apud Stumm; Hildebrandt, 2005), neste período, os leprosos, mendigos, desempregados, prostitutas, pessoas sem teto e o louco eram retirados das ruas para “limpar” as cidades.

O que se viu foi um processo de exclusão social. Ainda sobre os hospícios Foucault (1962 apud Assumpção, 2004, p.16) coloca que:

“Estas casas não têm vocação médica alguma; não é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade com ela própria, com o que ela reconhece ou não da conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no... (...). A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte da produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas”.

Partindo do que nós diz o autor de que a internação era uma medida assistencial na época Assumpção nos coloca ainda que só era merecedor dessa assistência quem realmente fosse considerado incapaz de circular na sociedade. A incapacidade neste contexto estava diretamente relacionada ao trabalho.

A atribuição da “incapacidade para o trabalho” só vinha a confirmar a necessidade de reclusão. Castel (2001, apud Souza, 2006, p.92), coloca que o “julgamento de incapacidade para trabalhar coincide com um momento histórico em que os próprios trabalhadores eram considerados também incapazes de conduzir suas próprias vidas e de pensar por si mesmos”.

Tem-se a exclusão devido à improdutividade. Segundo Cardoso (2000, p.32), “a loucura passa a ser compreendida pela razão, ou seja, numa sociedade onde todos deveriam fazer parte do processo produtivo, o louco era visto como inadaptável e perturbador de ordem vigente”.

O modo de produção capitalista trouxe consigo a necessidade do fim do trabalho escravo e do surgimento do “trabalho livre” vemos, porém que tal medida não abarcou igualmente a todos. Souza (2006, p.93), destaca que:

“Como havia a necessidade de acumulação e reprodução ampliada de capital através da produção de bens materiais, aos operários foi possível viver, e freqüentemente morrer, nesse tipo de liberdade para vender sua força de trabalho no mercado capitalista. Enquanto isso, o louco foi trancado no hospício, não podendo sequer reivindicar sua entrada no circuito da produção. No manicômio o trabalho aparece por dois ângulos: aquele designado louco, se por um lado foi julgado incapaz de trabalhar, por outro, no tratamento que a medicina lhe dispensou, o trabalho foi utilizado como elemento fundamental no chamado ‘tratamento moral’”.

Abri-se um parêntese com relação à política de assistência, vemos que esta por muito tempo e ainda hoje possui “laços estreitos” com a pobreza extrema e com a incapacidade para o trabalho. O BPC, benefício da assistência e objeto desse trabalho é emblemático quando coloca como um de seus critérios de elegibilidade para o portador de deficiência a incapacidade para o trabalho. Segundo a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 (2004, p.31) a assistência adquiri uma nova concepção após a Constituição de 1988, com a sua inclusão no âmbito da Seguridade Social e com a sua regulamentação em 1993 através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A assistência social passa a inserir a partir deste momento “o campo dos direito, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal”. Contudo percebe-se que existem ainda entraves no que tange a efetivação deste direito quanto nos deparamos com

inúmeras restrições impostas para o acesso ao BPC. Tais restrições acabam por dificultar o acesso a todos que dele necessita. Tal questão será aprofundada mais adiante, no decorrer deste trabalho.

Ainda com relação à evolução histórica do entendimento da loucura voltemos a Idade Moderna onde passa a haver o predomínio do "olhar" médico científico sobre a loucura e esta, a partir de então passa a ser entendida como "doença mental", sendo assim passível de um tratamento.

Pinel tem um papel fundamental nesta apropriação da loucura pela medicina, no qual apresenta um 'tratamento moral sem correntes', mas cerrados ainda dentro dos muros do manicômio. Segundo Amarante (1995, apud Jorge, 1997),

"(...) Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. (...) Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental".

O enclausuramento dos chamados "alienados" e "loucos" era tida como indispensável e terapêutico, era necessário isolar para curar. Amarante (1995, p.491), coloca que "o alienado não tinha a possibilidade de gozar da razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão".

O autor ainda ressalta que era dado ao chamado asilo alienista a tarefa então de isolar os sujeitos tidos como alienados "do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação", para dar-lhes o tratamento moral e assim "restituir - lhes a razão, portanto, a liberdade". O asilo veio a ser, portanto "um espaço de cura da razão e da liberdade, da condição precípua do alienado tornasse sujeito de direito".

1.1 A Origem dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Com relação ao doente mental que cometeu algum delito, o tratamento era ainda mais rigoroso. Foucault (1997 apud Stumm; Hildebrandt, 2005. p.2), coloca que no século XVIII, "o condenado era submetido a rituais públicos, os quais eram sinalizados com dizeres ou objetos chamativos que aludissem e caracterizassem o crime cometido. "O criminoso era executado num ato de extremo terror".

No Brasil, no século XVIII o requinte de crueldade se deu de três formas, segundo Oliveira (2003, p.26) “em morte cruel por meio de lentos suplícios, morte atroz e morte simples, ou seja, sem a supressão da vida e sem rituais de suplício”.

Piccinini (2002, p.1), pontua um avanço já no Código Criminal do Império que trazia em seu artigo 10, parágrafo 2, a declaração de irresponsável o indivíduo que praticasse algum ato delituoso em estado de perturbação mental. O artigo 12 dizia ainda que: “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente”.

Como não havia locais especiais para recebê-los uma alternativa eram as Casas de Correção, contudo muitas dessas Casas se recusavam a receber os alienados criminosos.

Um dos nomes mais importantes na luta pelos “direitos dos doentes mentais criminosos” no Brasil foi o Dr. Teixeira Brandão (1854-1922). Inspirado na Lei Francesa de 1838 que dizia que o Estado, além da obrigação de custodiar o doente mental também tinha de oferecer o tratamento, Teixeira procurou, através da proposição de dispositivos legais (Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903), a distinção do que chamada de “verdadeiros alienados” em relação aos criminosos que neste período ficavam em um espaço comum não possuindo um tratamento diferenciado.

“Ficava proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. O artigo 11 deixava explícito que, ‘enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem’. Como consequência da lei, foi instalada uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinquentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de Alienados. Surgiu a Seção Lombroso que funcionava com muitos problemas e que foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921”. (PICCININI, 2002, p.2).

A construção dos manicômios judiciais ocorreu no Brasil em meados da década de 20, como uma necessidade na época. Ocorre segundo Cardoso (2004, p.24), “um movimento de retirada dos doentes mentais delinquentes do campo de atuação médica”.

O doente mental e o criminoso padeciam do mesmo mal: a segregação. Os manicômios assim como as prisões eram verdadeiras casas de horror. Com relação às prisões Stumm e Hildebrandt (2005, p.2), colocam:

“... locais que agregam a criminalidade praticada pelos doentes mentais ditos ‘anormais’, os quais foram esquecidos, rejeitados pela sociedade moderna que, ao longo de nossa trajetória, viveram este conceito que ainda, perpetua nos pensamentos e atos da população que os estigmatiza de ‘louco’ e de ‘criminoso’”.

Atualmente os portadores de transtorno mental que cometeram crime, por lei são considerados inimputáveis² e cumprem medida de segurança, a qual possui caráter terapêutico em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Estes Hospitais possuem caráter híbrido entre o manicômio e a prisão. Segundo orientação do Ministério da Saúde os Hospitais de Custódia devem assistir os doentes mentais com equipes multiprofissionais, educação e formação profissional que garanta ao interno a reintegração sócio-familiar.(BRASIL, SUS 2004).

Os Hospitais de Custódia são órgãos auxiliares do Poder Judiciário, elaborando laudos periciais que são utilizados como peças jurídicas nos processos judiciais.

1.2 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina, criado em 1971 de acordo com a lei estadual nº 4559 de 1971 (Anexo A), é uma instituição pública dedicada à prestação de serviços com a finalidade de defesa social e de clínica psiquiátrica e está sob a responsabilidade do Estado. Integra o Sistema Penitenciário, está vinculado à Secretaria de Estado e Segurança Pública e Defesa do Cidadão³, com subordinação direta ao Departamento de Administração Prisional – DEAP.

O objetivo geral do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é o tratamento psiquiátrico do paciente, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo sua qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. (GOMES, 2001, p.24).

² Segundo Dicionário Jurídico imputável é a pessoa que cometeu uma infração penal, porém, no momento do crime, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determina-se de acordo com esse entendimento. São considerados inimputáveis os doentes mentais ou a pessoa que possua desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e os menores de dezoito anos. Os inimputáveis são isentos de pena, mas, se doente mental, fica sujeito a medida de segurança e, se menor de 18 anos, fica sujeito às normas estabelecidas na legislação especial. Ver art. 26 e 27 do Código Penal e art.228 da Constituição Federal.

³ A Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão foi criada através da Lei Complementar nº 243, de 30 de janeiro de 2003, que estabeleceu a nova estrutura administrativa do poder executivo, determinando a subordinação dos Órgãos que trabalham a questão a um único comando.

De acordo com o decreto nº 4.283 de 27 de fevereiro de 1994, o HCTP, tem as seguintes finalidades:

- I - realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
- II - receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após a sentença condenatória;
- III - proceder a exames de sanidade mental em detentos, quando solicitado pela autoridade judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;
- IV – exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica.

O HCTP começou a ser construído em 1970 no Governo de Ivo Silveira no mesmo terreno onde é hoje a Penitenciária Estadual de Florianópolis. O Governo visava atender as exigências do Código Penal Brasileiro, o qual determinava que indivíduos acometidos de doença mental que cometessem crimes deveriam ser tratados em manicômios judiciários. A princípio o HCTP era chamado de Manicômio Estadual de Santa Catarina.

Sua inauguração ocorreu em janeiro de 1971 contando na ocasião com 45 vagas masculinas. Em 1984, com a reforma do Código Penal Brasileiro, o Manicômio Estadual de Santa Catarina passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina. Nesta época, o Hospital era subordinado à antiga Secretaria de Justiça e Cidadania (SJC).

A mudança do nome tenta romper com o estigma que esta instituição tinha. O nome manicômio trás consigo o peso de uma instituição que na prática, era espaço de violência e segregação, já o nome hospital nos remete a idéia de tratamento, cura e reabilitação. É importante colocar que a simples troca do nome não é o suficiente para que o estigma se rompa. Há de se romper sim, definitivamente com as antigas práticas e dar ao hospital as condições físicas adequadas para que tenha realmente características de “hospital”. Muitas coisas ainda precisam ser melhoradas, começando pelas condições de trabalho dos profissionais. Um exemplo desta má condição de trabalho se dá com relação às atividades de grupo com os pacientes, esta atividade

que possui caráter terapêutico, hoje é feita no refeitório, o qual, não possui espaço adequado para tal atividade.

O HCTP passou a receber os primeiros pacientes somente em 7 de setembro de 1971, com a contratação de 14 agentes de segurança. Até então, os pacientes cumpriam medida de segurança no Hospital Colônia Santana (atual Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ/SC), pois não havia instituição específica para tratar de doentes mentais que haviam cometido algum crime.

Em novembro de 1971, por ordem judicial, começaram a ser expedidos os primeiros Laudos de Sanidade Mental dos pacientes. Com a crescente demanda, a Instituição passou a fazer atendimento ambulatorial, intercorrência psiquiátrica e exame toxicológico. Segundo Cordioli (2004, p.46), “nesta época, o Hospital encontrava dificuldades a toda hora, desde a falta de técnicos qualificados até a de medicamentos”.

Do período de 1971 a 1977 as contratações, que foram poucas, não supriam as necessidades da época. A ampliação do quadro técnico só foi ocorrer no ano de 1978. Nesta ocasião, foram contratados três médicos psiquiatras, um psicólogo, um assistente social e alguns agentes prisionais.

Luz⁴ e Lima⁵ (2003, p.147) apontam que o HCTP pelas suas características de hospital-prisão já possuía na época “um maior número de agentes/funcionários na área de segurança, porém, era procedida uma avaliação criteriosa de escolha dos mais preparados ao trato com os pacientes psiquiátricos”.

Passados 36 anos de sua inauguração houve uma ampliação dos leitos de quarenta e cinco para noventa e três, mas o número de pacientes hoje é em média 130 a 140. O aumento do número de leitos, porém não foi acompanhado pelo aumento de recursos humanos. Ao contrário, a equipe técnica foi reduzida a um terço da quantidade inicial. Os espaços são restritos para a realização de atividades que visem o bem-estar dos internos, longe, portanto, de atender a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Anexo B), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O HCTP precisa ainda percorrer um bom caminho para se adequar à referida Lei, contudo, muito embora existam problemas devido ao seu caráter duplo, pois é o HCTP um misto

⁴ Eleonora Dizidério da Luz - Médica Psiquiátrica graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, respondeu pela Direção Geral do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina no período de 2002-2006. Período do primeiro mandato do Governo Luiz Henrique da Silveira.

⁵ Leandro Antônio Soares Lima – Agente Prisional e Assessor da Direção do HCTP no período de 2002-2006.

de hospital-prisão, a instituição segundo Oliveira (2006, p.41) “propõe-se a tratar e recuperar seus internos, atuando na defesa dos direitos humanos e na preservação da sua dignidade”.

Segundo Oliveira (2006, p. 25), a política institucional do HCTP está diretamente ligada a sua missão, que consiste na realização de Exames de Sanidade Mental e Exames de Dependência Toxicológica, procedendo também ao tratamento dos pacientes confinados portadores de distúrbio mental e dos provenientes do sistema prisional que apresentem intercorrência psiquiátrica; além disso, proporcionar tratamento aos réus inimputáveis, ou seja, considerados não responsáveis por seus atos, vistos sofrerem de distúrbio mental e cuja sentença judicial decretou-lhes o cumprimento de Medida de Segurança por tempo indeterminado ou, no máximo, por um período de três (3) anos, após o cumprimento da medida de segurança deverão ser submetidos ao exame de Cessação de Periculosidade para avaliação de seu quadro psiquiátrico e condições psico-sociais para liberação e retorno ao convívio social. O seu duplo objetivo, que é custodiar e tratar doentes mentais perigosos acaba por gerar na instituição um caráter ambíguo. Essa dupla vertente dos manicômios criminais é responsável pelas limitações técnicas do hospital.

Com relação ao funcionamento do Hospital, o paciente assim que chega recebe roupas já numeradas, para melhor identificação. É encaminhado ao leito aguardando o atendimento psiquiátrico. O médico psiquiatra é quem dirá através de sua avaliação quando o paciente poderá sair do leito para o pátio e demais atividades junto aos outros pacientes.

O Hospital de Custódia é uma Instituição Total, assim como as prisões, conventos, quartéis, colégios internos, entre outros. Segundo Goffman (1974, apud Calhau, 2005, p.1):

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

A rotina dos pacientes consiste em: café da manhã – 7:00h; almoço – 11:30h; café da tarde - 15:00h; banho – 17:00h; janta – 17:30; televisão – 18:00 às 22:00h.

Esta rotina disciplinar faz com que muitos pacientes tenham uma sensação ilusória de estabilidade, que por muitas vezes podem vir a ser constituir numa insegurança quanto à vida fora dos muros do hospital.

O HCTP comporta em sua área física dois prédios. Em 2002, o prédio onde funcionava a Casa do Albergado do sistema prisional foi incorporado ao Hospital. Nesta área, hoje funciona a administração, a qual integra a sala da direção geral, a da gerência administrativa, a copa para os funcionários, a farmácia e o almoxarifado. No antigo prédio permanecem as seguintes salas: serviço de segurança, duas salas de serviço social, posto de enfermagem, sala de aula, sala de manutenção, sala de material de limpeza, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma rouparia, trinta e oito cubículos individuais, seis enfermarias que acomodam de cinco a vinte e cinco pacientes, quatro banheiros coletivos, um alojamento para os agentes de segurança, um refeitório para os pacientes, uma cozinha para os funcionários, dois banheiros individuais para visitantes e funcionários, dois porões para depósito uma sala onde são realizadas as oficinas de cestaria e tear e uma horta.

A estrutura física não está adequada para atender o número atual de pacientes. Alguns pacientes são acomodados no chão, fato incompatível com uma instituição hospitalar. Muitos não chegam a participar das atividades oferecidas - atividades laborativas: limpeza, rouparia, cozinha e horta, oficinas de cestaria e tear, grupos operativos e grupos de higiene, nos quais são utilizadas técnicas do suíço Pichon Riviére. Outras atividades são os grupos de leitura, grupos de correspondência, atividades físicas como caminhada e futebol, alfabetização e reforço escolar - ficando sem nenhuma atividade. É importante destacar que muitos pacientes preferem se manter isolados dos demais ficando assim prejudicado quanto ao tratamento.

O tratamento envolve diversas atividades que são realizadas de acordo com a condição psíquica e física de cada paciente.

O trabalho multidisciplinar é importante neste processo, pois vem reforçar a abordagem psicodinâmica no tratamento da doença mental. Segundo Gonçalves e Lago (2005, p.5), O indivíduo é visto como um ser biopsicossocial, isso porque a atenção ao paciente integra cada um desses aspectos prejudicados no momento de seu adoecer: a parte biológica é tratada através da avaliação médica e do uso de medicamentos, o social é resgatado nos grupos operativos, considerando a história do paciente, sua cultura e seu grupo familiar, tendo em vista que, a ruptura do cotidiano pode levar o sujeito a uma crise de identidade e o psicológico é envolvido no atendimento terapêutico individual e coletivo.

Com relação à população de internos do HCTP uma pesquisa feita em 2002 nos aponta que os internos são exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, mas concentrada entre

28 e 32 anos. Em sua maioria de condição bastante empobrecida, sendo que, 67% têm o 1º grau incompleto; 83% são de etnia branca (MARCA, 2002, p. 34). Com relação ao número de pacientes reincidentes o HCTP apresenta atualmente cerca de 18,5% do total de seus internos.

Além da população internada para cumprir medida de segurança o HCTP também atende a uma população transitória oriunda do interior do Estado de Santa Catarina, que fica na instituição para fazer laudo de sanidade mental, podendo ficar no hospital por um período de 45 dias ou mais. Há, também, o atendimento ambulatorial, onde detentos dos demais presídios e penitenciárias do estado são levados ao hospital para serem submetidos a pareceres psiquiátricos ou para intercorrências psiquiátricas.

A realidade do HCTP se diferencia das demais instituições psiquiátricas, devido ao seu caráter penal e por estar ligado diretamente à área da Justiça. Este fato acaba distanciando a instituição das diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica, muito embora, de forma lenta, se venha discutindo a inserção deste, na nova política de saúde mental.

Para Luz e Lima (2003, p. 147), “é fato a necessidade de tratar e custodiar, pois se tratam de sujeitos autores de crime, diferenciados dos demais pela condição médico-psiquiatra”. Os autores pontuam ainda que existe uma real necessidade de se preparar estes sujeitos para um caminho de volta a sociedade enquanto aguardam a Medida de Segurança. Concordam que os projetos devam estar voltados para o favorecimento do companheirismo e ao resgate de sua auto-estima, para assim, prepará-los para desvincular-se da instituição.

Os serviços realizados pelo HCTP comportam as áreas da Medicina, Enfermagem, Educação Física, Serviço Social, Pedagogia, Administração, Odontologia, áreas de Segurança, entre outras. Nesse sentido os serviços relacionam-se com diferentes políticas setoriais (Saúde, Educação, Previdência Social, Justiça, etc.).

A instituição é mantida com recursos públicos estaduais, no entanto, devido às limitações orçamentárias, o HCTP conta com contribuições filantrópicas e ajudas voluntárias. O HCTP recebe também doações de roupas e outros artigos de natureza diversa (material de apoio pedagógico, esportivo, etc.).

Alguns pacientes que possuem uma renda proveniente de aposentadorias e benefícios como o BPC, realizam compras de alimentos e de objetos de uso pessoal principalmente de higiene que não é fornecido pelo Hospital, exceto o sabonete que é feito na Instituição em um Projeto realizado com os próprios internos.

1.3 HCTP e a Reforma Psiquiátrica

O movimento da reforma psiquiátrica entendida como movimento social nasce na Itália na década de 60 com Franco Basaglia. O movimento vinha propor uma nova forma de pensar o tratamento dado aos pacientes psiquiátricos. Sua crítica se direcionava a forma autoritária e desumana com as quais as pessoas portadoras de transtorno mental eram tratadas. Tal tratamento os mantinha isolados e anulavam sua individualidade.

No Brasil a reforma psiquiátrica ganha força no final da década de 70 em meio a uma conjuntura de redemocratização, Amarante (1995, p. 88), coloca como importante neste processo “o surgimento de um novo ator, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha, durante um longo período, o principal papel, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas”.

A chamada Luta Antimanicomial foi fundamental na elaboração do Projeto de Lei 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado que dispunha sobre a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais", este projeto foi apresentado ao Congresso Nacional em 1989 onde tramitou por 12 anos. O projeto de lei do deputado Paulo Delgado originou a Lei nº 10.216/2001 a qual vem assegurar o atendimento das necessidades do portador de transtorno mental quanto à qualidade de vida, tratamento específico e reinserção social indo ao encontro, portanto dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais não trás referência aos pacientes internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, contudo, ao se referir aos portadores de transtornos psíquicos o que se entende é que os pacientes internos neste tipo de Hospital também devem ter garantido os direitos previstos na referida legislação.

O HCTP encontra algumas barreiras para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Uma dessas barreiras é o fato do Hospital está sob as normas da Lei de Execuções Penais o que leva a contradições diante do que prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica. É fato que dentro do Sistema Penitenciário os valores do judiciário são hegemônicos com relação à saúde.

Um fato que ilustra esta condição é colocado pelo Psicólogo jurídico Antônio Cajazeiras em entrevista dada a Oliveira (2005). Cajazeiras coloca que:

“pelo Estatuto da Medida de Segurança, da Lei de Execuções Penais, o paciente mental infrator deve ficar entre um e três anos recluso, prazo que pode ser prorrogado. Isso é incompatível com a lei 10.216/2001, porque essa lei recomenda que as internações devem ser curtas”.

Cajazeiras conclui dizendo que “Assim, a Lei da Reforma Psiquiátrica diz que se deve tratar o paciente sem excluir da sociedade, mas a Medida de Segurança reforça que é necessária a exclusão para que seja realizado o tratamento”.

Um outro problema enfrentado pelos pacientes internos em Hospitais de Custódia é o estigma. No caso do louco infrator ocorre um processo de dupla exclusão, na medida em que, além de “louco”, ainda é “perigoso”. Segundo Melo (2001, p. 2),

“O estigma é um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito: em situações extremas, é nomeado como ‘defeito’, ‘falho’ ou desvantagem em relação ao outro; isso constitui uma discrepância entre a identidade social virtual e a identidade real. Para os estigmatizados, a sociedade reduz as oportunidades, esforços e movimentos, não atribui valor, impõe a perda da identidade social e determina uma imagem deteriorada, de acordo com o modelo que convém à sociedade”.

Muitos destes pacientes embora em condições de se inserirem futuramente no mercado de trabalho vêem esta possibilidade diminuída, pois sabem que carregam consigo o peso do estigma. Rotulados de “loucos” e “perigosos” o portador de transtorno mental passa a ser visto como um problema para a sociedade.

Portanto o que vemos é que o estigma contribui para a segregação social. O serviço social neste contexto assume um papel fundamental. Segundo Carmelita Yazbek (1993, p. 165),

“... a assistência social, enquanto uma estratégia reguladora das condições de reprodução social dos subalternos é campo concreto de acesso a bens e serviços e expressa por seu caráter contraditório interesses divergentes, podendo constituir-se em espaço de reiteração da subalternidade de seus usuários ou avançar na construção de sua cidadania social”.

É importante ressaltar que muitos dos pacientes internos cometeram um delito contra alguém de sua família ou alguém de sua comunidade. Este fato dificulta o seu retorno para o convívio familiar e comunitário.

Vemos que se ocorresse o mero fechamento dos hospitais como querem atribuir à Reforma Psiquiátrica o que aconteceria é que muitos destes pacientes não teriam para onde ir, pois não são mais aceitos pelos seus familiares. Segundo Tânia Maris Grigolo, psicóloga e assessora técnica da Área de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde,

“Desinstitucionalizar não pressupõe apenas desospitalizar pacientes, mas significa toda uma reorganização na vida das pessoas, muitas perderam suas famílias por terem ficado longo tempo internadas, passam a ir morar em casas, na comunidade, chamadas de serviços residenciais terapêuticos. Esse processo é complexo, envolve a comunidade local e toda uma mudança sócio-cultural. Isso tem acontecido em várias cidades de forma exitosa no Brasil”. (PSI JORNAL DE PSICOLOGIA CRP SP, 2007).

Sobre esta questão, Vasconcelos (1992, p. 44-45), nos traz uma importante colaboração:

“É importante assinalar a diferença entre os conceitos de desospitalização e de desinstitucionalização: o primeiro é um processo parcial, normalmente associado a mera alta administrativa de internos e/ou redução de leitos de hospitais, sem a devida cobertura dos serviços extras-muros. A desinstitucionalização não pode ocorrer sem um processo de desospitalização, mas o reverso pode facilmente ocorrer, como nos EUA e Inglaterra...”.

O processo de desospitalização nos EUA se deu simplesmente com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, com o único objetivo de reduzir as despesas do Estado, não houve, porém uma contrapartida com relação à criação de serviços comunitários. Muitos dos pacientes sem terem para onde ir acabaram indo para as ruas.

Hoje o HCTP possui alguns pacientes que já cumpriram a medida de segurança, mas que por falta de um suporte familiar ainda se encontram internados, alguns destes já estão no hospital a mais de 10 anos. Este fato não está de acordo com a lei 10.216/2001 que veda em seu artigo 4º inciso 3º a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

Para estes pacientes ainda não há muitas alternativas. Muitas foram às mudanças ocorridas no Brasil, contudo o processo de Reforma Psiquiátrica atualmente ainda é lento, a rede de serviços de saúde mental ainda não é capaz de suprir a demanda dos portadores de sofrimento psíquico de forma alternativa. Os serviços que hoje existem não são suficientes para atender a

todos. Segundo Kantorski (2001, p. 52), “os serviços existentes carecem de constante reflexão de suas práticas e referenciais teóricos adotados a fim de não se institucionalizarem dentro de uma lógica manicomial”.

Amarante (1994, p. 43) diz que a reforma psiquiátrica:

“... não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a **descoberta** de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais”. **(Grifo do autor).**

1.3.1 Nova Proposta de Institucionalidade no Tratamento

O Ministério da Saúde vem buscando apoiar experiências, com relação ao louco infrator, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

A rede de serviços hoje conta com cerca de 689 CAPS voltados para o acolhimento diário de pacientes psicóticos adultos. Existem também os CAPS infantis e os CAPS para portadores de transtornos mentais decorrentes do uso de drogas.

Outra alternativa é o SRT (Serviço Residencial Terapêutico) que, segundo a Portaria GM Nº106, de 11 de fevereiro de 2000,

“são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social”.

Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde mostra que até 2005 foram criadas 357 SRT, beneficiando 2.850 pessoas. Em Santa Catarina até o momento não existem residências terapêuticas devidamente cadastradas e reconhecidas pelo Ministério da Saúde.

Uma outra conquista é o Programa De Volta para Casa criado pelo Governo Federal. O programa é de transferência de renda e foi criado para prestar assistência, acompanhamento e

integração social, fora da unidade hospitalar. O objetivo é contribuir para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, que possa facilitar seu convívio social, assegurar seu bem estar, e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Por meio desse programa os portadores de sofrimento mental egresso de internações de longa permanência contam, ainda, com o auxílio-reabilitação psicossocial. Os beneficiários são pessoas acometidas de transtornos mentais, que estiveram internadas em hospitais credenciados no SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde), por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como SRT ou egressas de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial, também podem receber o benefício.

O valor do benefício é de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por mês, pago ao beneficiário ou ao seu representante legal (acompanhado do beneficiário), com duração de 1 (um) ano. O prazo poderá ser renovado quando isso se mostrar importante para a reintegração social do paciente. A gestão do Programa é do Ministério da Saúde. Os pacientes inscritos no De Volta para Casa têm a garantia de acompanhamento de equipe especializada e participam de atividades de reabilitação, residência terapêutica, trabalho protegido, lazer monitorado, conforme as necessidades de cada um. Segundo pesquisa já mencionada à cima de 2003 a 2005 o Programa De Volta para Casa beneficiou 1.747 pessoas com bolsas de R\$ 240,00.

Estas medidas surgiram com o intuito de diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos o que de fato ocorreu. A redução dos leitos psiquiátricos no período de 1996 a 2005 foi de 72.514 para 42.076.

Porém, esta realidade não é a mesma para os hospitais de custódia que ainda esperam por um plano nacional que reoriente o seu modelo de atenção.

Um fato que trouxe um certo avanço no que se refere à adequação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico aos princípios da Reforma Psiquiátrica deu-se na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 2001, em Brasília, mesmo ano da Promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001). Nesta Conferência houve representação dos movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e de seus familiares. Dentre os avanços temos: ajustamento da atenção à saúde da população prisional aos princípios e diretrizes do SUS; Ministérios da Justiça e da Saúde passaram a atuar em conjunto (muito embora ainda prevaleça a

hegemonia do judiciário sobre a saúde); inclusão do tema das medidas de segurança na pauta da reforma psiquiátrica o que já teve como resultado a aprovação da Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004 (Anexo C), estabelecendo as diretrizes para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

Vê-se que ainda há muitas dificuldades e resistências na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS, nas comunidades de onde se originam os pacientes e nos órgãos de justiça.

Kolker; Biondi; Fialho (2005, p. 21), em sua pesquisa trazem a análise da acessibilidade do portador de transtorno mental infrator aos serviços de saúde mental de sua comunidade no Estado do Rio de Janeiro, tais conclusões, tiradas pelos autores nesse estado não se difere da realidade dos demais estados do país. Os resultados foram:

- 1º) Que grande parte dos pacientes internados no HCTP nunca chegou a ser acolhida na rede SUS, ou recebeu apenas assistência descontínua, em geral durante internações em hospitais psiquiátricos;
- 2º) Que um número significativo de pacientes com medida de segurança cessada acaba retornando ao HCTP por dificuldade de obter tratamento em sua própria comunidade;
- 3º) Que os CAPS de nosso estado, ainda em número bastante inferior ao necessário, freqüentemente manifestam resistência para acolher pacientes egressos de HCTPs;
- 4º) Que os poucos SRT do estado raramente recebem pacientes egressos de HCTP; **(este ponto não é válido para o nosso estado (Santa Catarina), haja vista não possuímos SRT). [Grifo meu].**
- 5º) Que os Gestores de Saúde sequer reconhecem como um problema de gestão as dificuldades de inserção dos egressos de HCTP na rede.

Embora a caminhada esteja apenas no início alguns espaços já foram conquistados nas ações do Sistema Único de Saúde, inclusive no Programa de Volta para Casa. É, sobretudo um passo fundamental para a luta pela garantia à assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção aos Direitos Humanos de uma parcela da população que por muito tempo vem sendo vítima de exclusão e preconceito.

É importante colocar que a Reforma Psiquiátrica não se limita apenas à mudança do modelo assistencial e à substituição dos manicômios por uma rede comunitária de atenção à saúde,

“ela vem também promover a inclusão social e a cidadania dos portadores de transtorno mental, uma política de atenção ao portador de transtorno mental

infrator não pode se fazer sem a articulação com as demais políticas sociais ou sem a construção de instrumentos que desenvolvam a autonomia e dêem sustentação para a vida fora do hospital. Para que isso aconteça, é preciso que não só o Ministério da Saúde, mas também os do Trabalho e da Previdência Social e outros garantam os recursos para que os pacientes desinstitucionalizados possam ter acesso aos meios para uma vida digna e com qualidade. Neste sentido, mais do que a extensão do Programa de Volta para Casa para os egressos de hospital de custódia, os esforços governamentais para a construção de uma política interministerial de inclusão pelo trabalho através de cooperativas sociais se constituem em um dos desafios mais urgentes". (KOLKER; BIONDI; FIALHO, 2005, p.25).

A Lei Nº 9.867 10/11/1999 (Anexo D), dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, a qual visa à integração social dos cidadãos. Esta tem como finalidade à inserção de pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho. Para efeito da lei são considerados em desvantagem, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egressos dos hospitais psiquiátricos, entre outros. O portador de transtorno mental possui aqui uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Amarante (1997, apud Valladares et al., 2003, p. 8), vai dizer que,

"as cooperativas sociais são constituídas com o objetivo, não mais 'terapêutico', isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional, mas de construção efetiva de autonomias e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas Cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos."

Vê-se necessário colocar aqui o conceito de Pessoa Portadora de Deficiência para os Efeitos do Direito do Trabalho.

Segundo a Convenção da OIT nº 159, de 1983, ratificada pelo Brasil através do Decreto Legislativo nº 51, de 28 de agosto de 1989, no art. 11, coloca: "Para efeitos da presente Convenção, entende-se por 'pessoa deficiente' todo indivíduo cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente reconhecida".

As diversas propostas de inclusão hoje existentes referem-se especialmente à inclusão pelo trabalho. Todavia quando pensamos em inclusão de portadores de deficiência, seja ela qual

for, física ou mental, a de se pensar em um conjunto de ações que envolvem não só o trabalho como também políticas de proteção e concessão de benefícios.

Será sobre a concessão de benefícios que estarei me debruçando no próximo capítulo deste trabalho. Tendo como indagação à contradição em que se encontra o benefício assistencial da LOAS , O BPC.

Tal reflexão se faz pelo fato do benefício se apresentar como um importante instrumento na construção da cidadania e da autonomia desses sujeitos e ao mesmo tempo se apresentar como um fator de segregação de quem deveria proteger, devido aos seus critérios de elegibilidade, que acabam negando o que se propõe a política de assistência que segundo Santos (2006, p.1) “é de contribuir para a autonomia das pessoas para que elas saiam da condição de dependência permitindo a transição para a inclusão social”.

SEÇÃO II - A ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO UM DIREITO ESTRATÉGICO NA PROTEÇÃO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

A assistência social entendida como um direito social só veio a se tornar realidade após a Constituição Federal de 1988, coerente com a concepção clássica apontada por Marshall (1967, apud Assumpção, 2004, p. 44) quando coloca: “direito a um mínimo de bem estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, da herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade”.

Antes do seu reconhecimento como um direito social, a assistência social podia ser caracterizada, nos termos de Pereira (1998, p. 63), em:

- a) assistência interna, que confinava os assistidos em asilos ou casas de trabalho forçado;
- b) atenção exclusivamente orientada para pobres mental e fisicamente incapacitados para o trabalho;
- c) ajuda voluntária que, ao não reconhecer no pobre nenhum direito a proteção, exigia-lhes contrapartidas.

Ramos e Querino (2003, p.161), por sua vez, colocam que antes da promulgação da Constituição de 1988, a assistência social tinha como características: “... relações clientelistas, ausência de continuidade das políticas e exclusão de uma grande parcela da população potencialmente beneficiária”.

Após 1988, a assistência social vem então juntamente com a saúde e a previdência, constituir a chamada seguridade social brasileira. O artigo 203 da Constituição Federal nos trás que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar independente da contribuição a seguridade social (...)”.

A nova carta constitucional vem colocar dentre outros objetivos os direitos e as obrigações da esfera pública com relação à garantia de um nível mínimo de proteção aos indivíduos que se encontre em situação de vulnerabilidade. Segundo Sposati (2002, p.7), “diferentemente da extensiva universalidade da saúde e do seletivo critério jurídico-contábil da previdência social, a assistência social usa um critério particular, o mérito ou o valor da necessidade, para definir sua demanda”.

Esta é a realidade que está posta: os serviços oferecidos pela política de assistência social embora reconheça o direito do cidadão impõe critérios para o acesso aos seus programas. O “direito” se depara com restrições para ser concretizado.

A regulamentação da carta constitucional no que tange o campo da assistência social ocorreu somente cinco anos após sua promulgação. Em 1993 foi então aprovada a LOAS, que trás em seu Art. 4º os princípios que o regem:

- I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

A LOAS dentro do projeto de seguridade social universal consagrado em 1988 assume a tarefa de ser um instrumento decisivo de inclusão social, com o objetivo de proporcionar a proteção social de todos os cidadãos. Porém acaba não dando conta nem mesmo dos problemas da crescente pauperização na medida em que não ultrapassou ainda o viés focalizador imposto pelos organismos multilaterais, desde a sua regulamentação. Contudo mostra ser ela um mecanismo importante de controle da pobreza e, sobretudo do conflito social. Nessa perspectiva a LOAS em seu Art. 1º, afirma que:

“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Uma das intenções da referida Lei é assegurar condições básicas de participação na vida ativa em comunidade, sobretudo aos seguimentos sociais considerados a margem da sociedade, como é o caso do sujeito aqui estudado: o portador de transtorno mental.

Com relação ao portador de transtorno mental, vimos que houve diversas conquistas oriundas de uma grande luta do movimento da reforma psiquiátrica, contudo o que se coloca em questão é a garantia pelo direito à assistência social, imprescindível para a recomposição dos vínculos familiares e sociais afetados pela institucionalização e pelo sofrimento decorrente da doença mental.

O Benefício de Prestação Continuada começou a ser concedido em 1996, três anos após a aprovação da Loas, sob a responsabilidade do governo federal, por meio do Ministério da Previdência e Assistência Social. Atualmente o BPC é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e a sua operacionalização fica por conta do INSS, enquanto, os recursos para seu custeio vêm do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Com a aprovação da LOAS, o BPC passou a ser então a política de renda mínima prevista pela Constituição Federal. Segundo Sposati (2004, p.48), “a renda mínima como política de seguridade social deve operar tal qual um mecanismo de equidade no apoio para dar ao cidadão, à família, condições de superar determinada vulnerabilidade”.

O artigo 203, inciso V da Constituição Federal, garante um salário mínimo de benefício mensal ao idoso e à pessoa portadora de deficiência que comprovem não possuir meios de prover à própria subsistência; e não possuir meios de ter sua subsistência provida por sua família. Tal benefício veio substituir a Renda Mensal Vitalícia⁶, benefício da Previdência Social e de caráter assistencial que vigorou de 1975 a 1996, no esforço permanente de depuração dos gastos não-contributivos até então assegurados pela previdência social.

Gomes (2001, p. 113), pontua que:

“Ao longo de sua história, o conjunto de ações denominadas assistenciais, embora nasçam de demandas sociais identificadas como necessidades ou

⁶ A Renda Mensal Vitalícia era um benefício previdenciário sob a forma de transferência de renda para maiores de 70 anos de idade e para inválidos necessitados, instituído pela Lei nº. 6.179, de 11 de dezembro de 1974. [...]. Seu valor correspondia, inicialmente à metade do maior salário mínimo vigente no país, não podendo ultrapassar 60% do valor do salário mínimo do local do pagamento. Em 1991 o valor do benefício aumentou para um salário mínimo por força do art. 5º da Constituição Federal, que preceitua a equiparação do valor de todo benefício previdenciário ao valor de um salário mínimo. (PEREIRA, 2002 p. 165-166).

privações e objetos de intervenção estatal, não é reconhecido como direito. Constituem ações concebidas como ajuda nas dificuldades e privações, atribuídas à vida individual de cada necessitado, e não campo de responsabilidade social do Estado, permanecendo em uma situação de ambigüidade entre a caridade pública e a privada”.

As restrições hoje ‘postas’ para o acesso ao BPC são frutos de uma política neoliberal que vem valorizar a política econômica em detrimento das políticas sociais. O objetivo é transferir a cada um de nós a responsabilidade pelos serviços como: saúde, educação, transporte, trabalho, entre outros. É o que denominamos de Estado Mínimo. A assistência social neste contexto, segundo Yasbek (2004, p. 24), é, portanto,

“[...] plena de ambigüidades e de profundos paradoxos. Pois se, por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da exclusão, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, coloca em andamento processos articuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos públicos no campo social, sob a forte pressão dos interesses financeiros internacionais”.

Já Behring (2003, p. 43), ressalta que,

“a LOAS já nasceu sob o tacho do ajuste fiscal, cuja maior expressão foi a definição do corte de renda de 1/4 do salário mínimo per capita de uma família inteira para um portador de deficiência ou idoso com mais de 70 anos, pertencente a esta família, fazer valer seu direito ao acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)”.

Assim que o benefício começou a ser implementado a idade mínima de acesso para o idoso era de 70 anos, com a promessa de se diminuir a idade para 65 anos em 48 meses. Contudo a idade foi fixada em 67 anos através de medida provisória, a qual foi transformada na Lei 9.720 de 30 de novembro de 1998. Foi somente com muita luta e mobilização que a idade foi então reduzida para 65 anos. Tal conquista se deu em 2003 com o Estatuto do Idoso. Assim, mais idosos obtiveram o direito de receber o BPC.

Para ter direito ao Benefício, a idade mínima do idoso é de 65 anos, e não é necessário ter contribuído para a previdência, já o portador de deficiência acima de 18 anos deve ser incapacitado para a vida independente e para o trabalho (menores de 16 anos já são consideradas automaticamente “incapazes para o trabalho”). Em ambos os casos é levado em conta a renda per

capita familiar que não pode ser igual ou superior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Para o cálculo da renda per capita, o programa considera somente o grupo de pessoas que residem no mesmo domicílio e que são dependentes economicamente, ou seja, menores de 21 anos que não trabalhem.

O Decreto nº. 8.213/91, no seu art.16 de, trás o seguinte conceito de família: pessoas que vivam sob o mesmo teto, assim entendido: o requerente; o cônjuge; a companheira; o companheiro; o filho, o enteado e o menor tutelado não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; os pais; e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido.

Gomes, (2001, p.122), com relação ao BPC, ressalta:

“Seu desmonte se dá seja pela interpretação distorcida, equivocada e reducionista da Constituição e da LOAS, seja pela simples inobservância dos estatutos legais, seja pelas alterações nessas legislações por meios de medidas provisórias e outros atos administrativos arbitrários e unilaterais, seja pela sua desqualificação como direito, seja por sua privatização refilantropização, seja pelo esvaziamento de seu conteúdo público, seja por sua redução a um conjunto de ações focalizadas, seja pela instituição de ações superpostas, paralelas e concorrentes, dispersas em outras instituições governamentais, seja por desconsideração, esvaziamento e interferências nos conselhos – fóruns públicos de controle social –, seja pela insuficiência do financiamento.”

O BPC, mais do que ser uma simples renda, deve ser respaldado por políticas públicas, para tanto é necessário que se faça a inclusão de seus beneficiários nas chamadas redes sócio-assistenciais, bem como o seu acompanhamento através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com a finalidade de que esses sujeitos venham a participar da vida comunitária de forma independente e autônoma.

Santos (2007, p.8) salienta que a Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS-2005 coloca aos órgãos e dirigentes da área de assistência social as competências e atribuições quanto à incorporação do acompanhamento sócio-assistencial do BPC, tornando-a inerente a política de assistência social, e não ficando somente restrita ao processo de revisão.

Voltamos aqui à problemática do portador de transtorno mental e a sua desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica. Trazemos então, para o debate a política de assistência social e sua nova perspectiva com relação à proteção social.

Com o intuito de contribuir para a consolidação de novas práticas de assistência no que tange a atenção aos portadores de transtorno mental, temos como um grande avanço na área da assistência o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que trás consigo um novo modelo de gestão. O SUAS tem como objetivo principal consolidar a assistência social como política pública de seguridade social. Possui como matrizes estruturantes: a centralidade na família; a participação social; a complementaridade da rede de serviços organizada com base no território, de acordo com a complexidade dos serviços, e o financiamento partilhado pelas três esferas de governo.

A tradução deste modelo está na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), elaborada e aprovada em 2004. “O SUAS organiza os serviços de proteção social com base em duas modalidades: proteção social básica, cujo objetivo é, sobretudo, a prevenção de situações de risco; e proteção social especial, que se destina a restabelecer direitos já violados”. (BRASIL, MENSAGEM AO CONGRESSO NACIONAL, 2006).

Dentro da modalidade de proteção social básica o SUAS no que se refere às famílias nos apresenta o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), que desde 2004 passou a integrar a rede de serviços de ação continuada da assistência social. O referido programa é co-financiado pelo Governo Federal (Decreto nº 5.085/2004), e sua implementação se dá por meio dos CRAS.

Os CRAS ainda não foram implementados em todas as regiões como se pretende a fim de desenvolver de forma integrada ações no campo da Política de Assistência Social, e assim potencializar a rede de serviços, tendo como eixo principal de atendimento o núcleo familiar e o desenvolvimento de comunidade como forma de proporcionar a autonomia, a emancipação humana e a cidadania.

Os serviços propostos pelo SUAS através dos CRAS vem proporcionar um novo espaço onde o sujeito portador de transtorno mental e sua família poderão prevenir situações de risco e desenvolver suas potencialidades.

2.1 O BPC como viabilizador de acesso do portador de transtorno mental as demais políticas públicas

Quando falamos na desinstitucionalização do portador de transtorno mental não devemos pensar apenas em ações paternalistas como o único meio de conceder-lhes direitos.

O Benefício possui claramente a sua importância, à medida que pode proporcionar aos seus beneficiários condições de gerirem a sua própria vida, ao menos com uma relativa autonomia material em um momento em que existe uma necessidade real.

Para que o portador de transtorno mental conquiste o seu espaço na sociedade não basta que tenha somente o acompanhamento com relação a sua situação clínica, é necessário também que este sujeito conquiste espaço também com relação à moradia, trabalho, renda e lazer.

O BPC vem ao encontro da conquista deste tão sonhado espaço, onde possam viver sua cidadania. A renda contribui decisivamente, à medida que se tem a possibilidade de se desvincular dos asilos e hospitais psiquiátricos, podendo permanecer em suas casas ou moradias alternativas como: pensões, lares abrigados, residências terapêuticas.

É importante termos ciência que somente o benefício não basta. O Benefício tem de ser acompanhado por políticas públicas que proporcionem a esses sujeitos reais mudanças que necessitam quanto a sua condição atual.

Com relação à viabilização as demais políticas públicas, o SUAS assume um papel fundamental neste processo dentro da chamada proteção social básica, onde se inclui o BPC. A tarefa é o de desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Tais serviços deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações.

As políticas públicas devem vir também direcionadas as famílias, que precisam estar apoiadas, pois a falta de uma rede de serviços que venha a lhes dar o suporte no atendimento aos pacientes pode levá-los novamente as internações.

Bandeira (1993, apud Moreno e Alencastre, 2003, p. 15), ressalta que:

“em alguns países, onde o processo de desinstitucionalização encontra-se consolidado, existem tratamentos diferenciados para pacientes que permaneceram longos anos internados em hospitais psiquiátricos ou aqueles em que o contato familiar é carregado de emotividade negativa e alto grau de críticas. O sistema de saúde optou pelo oferecimento de residências protegidas para esses pacientes e eles mantêm contatos esporádicos com as famílias, diminuindo assim a rejeição presente no ambiente familiar. Para que isso possa ser efetuado com sucesso, é necessária uma política de investimento que priorize a inserção social, na comunidade, do portador de sofrimento psíquico.”

A política de assistência social prevê que haja uma integração do BPC com outros programas sociais, contudo isso ainda não vem ocorrendo de forma sistemática. A principal forma de integração que se apresenta hoje se dá com a finalidade de controle do acúmulo de benefício e fiscalização de possíveis irregularidades.

No entanto, em algumas regiões do País a integração do BPC com programas sociais já é algo concreto, tais programas são voltados em sua maioria para capacitação profissional de beneficiários e familiares.

O Benefício de Prestação Continuada não é aposentadoria, constitui-se como um benefício individual e intransferível. Os sujeitos que dele se beneficiam devem passar por uma avaliação a cada dois anos. O objetivo é verificar se os sujeitos ainda continuam possuindo as mesmas necessidades ou se já conseguiram superá-las. Embora esse seja o objetivo colocado, o que se vê é que as avaliações possuem sim um caráter fiscalizador.

Medeiros et al, (2006, p. 31), colocam que:

“Na etapa de revisão, os profissionais de serviço social das Secretarias dos Estados de Assistência Social e das Secretarias Municipais de Assistência Social subsidiam a avaliação médica realizadas pelos médico-peritos do INSS. Se na avaliação social da pessoa deficiente, realizada durante o processo de revisão do BPC, for constatada a necessidade de uma nova averiguação para a vida independente e para o trabalho, o beneficiário será encaminhado para a Secretaria Municipal de Assistência Social e a um dos postos ou correspondente responsável pela perícia do INSS.”

Segundo as Orientações Básicas da 5ª Etapa de Revisão da Concessão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada de 2005, a existência de vínculos familiares também deve ser verificada no caso do beneficiário estar institucionalizado, independente do tempo de duração. Se o beneficiário tem uma família fora da instituição com a qual mantém vínculos, esta família deve ser relacionada no formulário “Revisão da Avaliação Social BPC - Declaração sobre a Composição do Grupo e Renda Familiar” (Anexo E). Deve se assinalar no formulário da Declaração o item “Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros” e informar o nome da instituição, qualquer que seja a situação de existência ou não de vínculo familiar.

As Orientações Básicas trazem ainda que:

“é indispensável que os assistentes sociais tenham como referência os

princípios e diretrizes da LOAS, da PNAS/2004 e do Sistema Único de Assistência Social, e conheçam as características próprias e as condições especiais dos beneficiários, bem como os serviços existentes na comunidade, tanto os de assistência social, quanto os das áreas de saúde, trabalho, justiça, lazer, cultura e outras, para que a visita não só atenda ao objetivo específico da revisão do BPC, mas também facilite o acesso dessas pessoas e dos integrantes de sua família, aos serviços de promoção social, com vistas à garantia de qualidade de vida e superação das condições que deram origem ao benefício”.

2.2.2 BPC e os critérios de elegibilidade

2.2 BPC e os critérios de elegibilidade como negação do direito.

Pereira (1998, apud Gomes, 2001, p. 116) afirma que, “foi um alto preço pago pela transformação da assistência social em direito: O critério de elegibilidade nela contido inovou em matéria de retrocesso político. Nunca, no Brasil, uma linha de pobreza foi tão achatada, a ponto de ficarem acima dessa linha cidadãos em situação de pobreza crítica”.

Entre os critérios está a renda familiar, que não deve ser igual ou superior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Para o cálculo da renda per capita considera-se: salários, rendimentos de autônomos, prestação ou venda de bens e serviços, aluguéis, pensões, benefícios e outros. No caso de requerimento de benefícios para idosos, se já existe um outro idoso da mesma família que receba o benefício, este não será considerado no cálculo da renda familiar per capita. O mesmo não acontece com os portadores de deficiência, onde se existe alguém na família, idoso ou deficiente, que já receba o BPC, o valor entrará no cálculo da renda familiar.

O BPC segundo Rocha (2002, Barbosa e Silva, 2003, p.228), se configura como “armadilha da pobreza”, isto porque, “o beneficiário está fadado a viver exclusivamente dessa renda, estando impossibilitado de mínima ascensão, caso queira permanecer com o benefício”.

O foco nesta subseção se volta para o portador de deficiência, mais especificamente o portador de transtorno mental infrator, haja vista, ser este objeto de nosso estudo. Faremos uma análise mais voltada para os critérios que lhes são exigidos.

Vemos que os portadores de transtorno mental infrator que se encontram nos hospitais de custódia, não são impedidos de acessar o referido benefício. A LOAS em seu art. 20, inciso 5º diz que: “A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício”.

Para ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada deve-se primeiro preencher o Requerimento de Benefício Assistencial – Lei 8.742/93 (Anexo F) e a Declaração sobre a

composição do grupo e renda familiar do idoso e da pessoa portadora de deficiência⁷ (Anexo G). Em seguida, deve-se agendar o requerimento junto as Agências da Previdência Social, ou pelas Unidades Móveis da Previdência Social. Existe a possibilidade também de se fazer o agendamento pelo canal remoto (135) ou pela internet pelo *site* (www.previdencia.gov.br). Após este procedimento, deve-se ir até a Agência da Previdência Social na data agendada, caso a pessoa não tenha condições de ir até a agência, pode ser representada por alguém de sua confiança. Em todo caso, devem ser apresentados os seguintes documentos do idoso ou do deficiente, com informações atualizadas e corretas: Certidão de nascimento ou casamento, documento de identidade ou carteira de trabalho, CPF, comprovante de residência⁸; documento legal, no caso de procuração, guarda, tutela ou curatela. Estando todos os papéis em conformidade, marca-se então a perícia médica que é obrigatória para a pessoa com deficiência. Este procedimento é necessário para que se faça a comprovação da sua incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

Durante a perícia médica o perito do INSS utiliza-se de um instrumental denominado de *Acróstico Avaliemos*⁹ - tabela de dados para avaliação das condições socioeconômicas da pessoa portadora de deficiência beneficiária (Anexo H). Gomes (2001, p. 120), pontua que:

“Na prática o acróstico foi adotado como instrumental de enquadramento, até porque os processos obedecem ao critério de pontuação da tabela, sendo o laudo tão-somente uma conclusão resumida. De fato, há limitações por parte desse instrumental, já que corre o risco de nem sempre dar conta da diversidade das situações, especialmente quando tratado por profissionais não-especializados e que não acompanham a problemática da deficiência. Decerto, trata-se de um instrumento para guiar os peritos do INSS, acostumados a lidar com situações de invalidez e incapacidade para a vida laboral de segurados”.

Vê-se como obstáculo para o acesso ao benefício à concepção de deficiência com os quais os peritos trabalham. Segundo Barnes et al, (2002, apud Santos, 2006, p. 2), “os peritos do INSS consideram a deficiência sob a perspectiva do modelo biomédico, categoria imutável e muito

⁷ Nesta declaração o preenchimento para o portador de transtorno mental que se encontra no Hospital de Custódia é feito somente no campo do declarante ou responsável legal, pelo fato do paciente encontrar-se sob custódia da Justiça.

⁸ Para os pacientes institucionalizados é levada uma declaração da instituição onde se encontra internado. Nesta declaração deve constar o diagnóstico da doença bem como a assinatura do Psiquiatra.

⁹ O Acróstico utilizado atualmente surgiu após revisão da LOAS em 2000. Anteriormente era utilizado um outro acróstico – tabela de dados para avaliação da deficiência.

restritiva, em relação a qual apenas alguns indivíduos portadores de certas lesões seriam elegíveis ao BPC. Além disso, essa concepção de deficiência é norteadada pela centralidade do trabalho”.

Os mesmos autores ressaltam ainda a importância do modelo social de deficiência, o qual é uma abordagem teórica que estrutura-se em oposição ao modelo médico de deficiência. Este último reconhece na lesão a primeira causa da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes. Entre os dois modelos: o modelo social e o modelo médico há uma mudança na lógica da causalidade da deficiência. No primeiro, a causa está na estrutura social; para o segundo, no indivíduo.

Colocamos como exemplo aqui o próprio portador de transtorno mental infrator que tenha esquizofrenia, sabemos que a dificuldade para esse sujeito se inserir no mercado de trabalho é muito maior do que um outro sujeito que tenha a mesma doença, mas que, no entanto não tenha cometido nenhum crime. Há de ser analisado, portanto tudo o que o envolve: doença e a sua estrutura social.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE), a deficiência que dificulta mais a inserção no mercado de trabalho é a mental. Somente 19,3% desse público têm espaço no mercado de trabalho, enquanto outras incapacidades permitem maior inserção: física ou motora (24,1%), dificuldade na audição (34,0%) e dificuldade para enxergar (40,8%).

Segundo Medeiros et al (2006, p. 16),

“A idéia de pessoa deficiente elegível ao BPC seria aquela com uma incapacidade grave ou extremamente debilitante. Essa compreensão estreita de deficiência poderia resultar numa exclusão sistemática indesejada de parte da população com as chamadas ‘deficiências múltiplas’, mas que não sejam classificadas isoladamente como severas”.

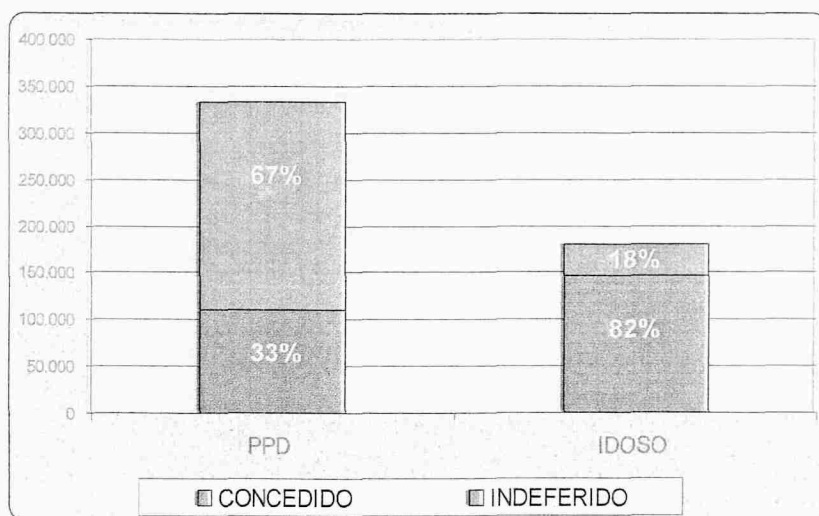
Por determinação legal, o INSS tem 45 dias para processar o pagamento do benefício sob pena de fazê-lo com valores corrigidos monetariamente pela taxa SELIC, quando ultrapassar este período. Caso o requerimento seja deferido, é enviada uma carta ao beneficiário, comunicando o órgão pagador, e a data disponível do recebimento no banco. Caso contrário, se o requerimento for indeferido, será comunicado ao interessado também por meio de carta, o amplo direito de defesa, abrindo prazo de 30 dias contado da ciência formal da decisão, caso o interessado se sinta prejudicado. Para aqueles que têm o seu pedido negado ainda existe a possibilidade de se recorrer à Justiça Federal. Pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, em parceria com o Centro Internacional de Pobreza da Organização das Nações

Unidas e o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, elaborada por Medeiros et al, (2006), mostra que:

“Os médicos peritos do INSS, responsáveis pelo laudo médico que atesta a necessidade do portador de deficiência receber o BPC, adotam um conceito bastante restrito, selecionando somente pessoas com deficiências muito graves. [...]. Algumas decisões judiciais orientam-se no sentido de que a incapacidade para o trabalho e a situação de miserabilidade são suficientes para a concessão do benefício, não exigindo total inaptidão para a vida independente. Conforme esse entendimento, ser incapaz para a vida independente não significa total falta de condições de a pessoa exercer, sozinha, atividades básicas do dia-a-dia”.

No quadro abaixo vemos a relação de benefícios concedidos e indeferidos no ano de 2006.

Requerimentos decididos de BPC-LOAS efetuados em 2006, dados coletados até outubro-2006



Fonte: Síntese, período pesquisado janeiro a outubro 2006

Podemos constatar que é grande o número de pedidos indeferidos para os portadores de deficiência. O quadro nos leva a pensar se tal situação é decorrente das inúmeras restrições impostas ao deficiente. Penso, contudo, que tal questionamento é merecedor de uma pesquisa mais aprofundada, para poder apontar com segurança as causas desta enorme proporção de pedidos negados.

Com relação à incapacidade para o trabalho, percebemos uma importante contradição. O benefício trás uma renda mínima para aqueles que se encontram impossibilitados de trabalhar, não só pela doença, mas também pelo fato de estarem a muito tempo aprisionados e isolados em

instituições, no entanto o mesmo Benefício acaba por aprisioná-los quando coloca como condição para receber o benefício a incapacidade para o trabalho.

O fato de estarem recebendo o BPC pode vir a coibir o acesso destes sujeitos a um projeto de reabilitação social, pelo simples fato de se sentirem ameaçados a perderem o benefício.

Sabemos que na atual conjuntura do país existe um alto índice de desemprego e discriminação social. A dificuldade para um portador de transtorno mental infrator se inserir no mercado de trabalho é muito maior frente a um grande número de pessoas desempregadas, mas que por outro lado se encontram qualificadas.

Quanto ao critério da renda é difícil se pensar em garantias de direito, pois é desumano acreditar que uma família que esteja passando por uma situação de vulnerabilidade, consiga viver apenas com um salário mínimo para suprir todas as suas necessidades. É bom lembrar que estamos falando aqui de portadores de transtorno mental, que necessitam também de recursos para se inserirem em programas de habitação e reabilitação, pois sabemos que os serviços públicos de atendimento ainda são escassos.

Segundo Sposati (2004, apud Santos, 2006, p. 2), “os procedimentos controversos na avaliação das elegibilidades ao benefício terminam por retroceder o avanço constitucional que coloca o Benefício de Prestação Continuada como direito de seguridade social”.

O desafio que nos é colocado hoje diante de questões como essa, requisita profissionais segundo Iamamoto (1999, p.126),

“... informado, crítico, e prepositivo; que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas, também, um profissional versado no instrumento técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais, nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade”.

Vê-se que o Serviço Social possui um papel importante quando o assunto é a busca pelos direitos. No decorrer deste trabalho podemos ver que houve grandes avanços com relação aos direitos dos portadores de transtorno mental. A Lei 10.216, já citada anteriormente vem nos dar respaldo nesta luta.

O HCTP ainda está um pouco distante de se adequar à referida Lei. Por ser uma instituição total, acaba por aniquilar possibilidades de se ver garantido o direito a cidadania. O

que deveria ser apenas um local para tratamento com um tempo determinado torna-se para muitos uma prisão perpétua.

O BPC traz uma nova possibilidade para a volta desses sujeitos ao meio social. É a possibilidade de um recomeço que não é tão fácil se tratando de portadores de transtorno mental infrator.

A garantia de acesso ao BPC, portanto, deve ser acima de tudo um direito como prevê a LOAS e jamais deve ser colocada condições como ocorre com o portador de transtorno mental, que deve comprovar a incapacidade de gerenciar seus atos, o que vem totalmente contra a Lei.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho buscou-se primeiramente traçar um histórico da loucura, a fim de trazer os seus significados, os motivos que levaram a sua institucionalização e às novas formas de enfrentamento da questão, tendo neste último como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica. O objetivo desta primeira parte foi o de se fazer uma aproximação com o sujeito da pesquisa: o portador de transtorno mental infrator.

Podemos ver que a compreensão acerca da loucura passou por duas fases. Houve um período em que a loucura era sagrada e as pessoas ditas “perturbadas” eram respeitadas e veneradas. Contudo, Foucault (1977), nos mostra que a partir do século XVI, essa compreensão se modifica sob a influência da Igreja. A loucura antes divinizada passa a ser vista como algo diabólico e quem fosse visto aqui como louco era segregado do meio social. Muitos desses sujeitos considerados então como “possuídos”, “bruxos” e “feiticeiros” foram queimados vivos nas fogueiras.

Constatou-se também que a institucionalização foi por muito tempo à única forma de assistência oferecida a esta parcela da população.

Amarante (1995, apud Jorge, 1997), pontua que a partir da Idade Moderna Pinel trás a compreensão da loucura como “doença mental” e conseqüentemente propõe o chamado “tratamento moral”, abolindo para tanto as correntes, mas não o isolamento, o qual era visto como necessário para afastar o doente das causas que o levavam a padecer.

Dando seqüência, percebemos que o chamado “louco infrator”, teve por muito tempo o mesmo tratamento dispensado aos criminosos “normais”. Posteriormente em conseqüência da luta do Dr. Teixeira Brandão pelos direitos dos “doentes mentais infratores” esses passam a ser atendidos em alas especiais de hospitais para alienados, mais tarde surgem os manicômios judiciais, que tiveram na década de 1980 o seu nome modificado para hospitais de custódia.

A partir da década de 1970, com a luta antimanicomial, surge a proposta de Reforma Psiquiátrica que tem como principal objetivo a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental. A reinserção social aqui, porém, não significa pura e simplesmente a desospitalização, mas sim uma desospitalização acompanhada de uma rede de apoio extra-hospitalar. Pois o que a Reforma Psiquiátrica verdadeiramente vem buscar é substituir os leitos ocupados por serviço abertos.

Através de estudos bibliográficos constatamos que houve mudanças significativas no trato com o portador de transtorno mental e que muitos dos serviços hoje oferecidos a esses sujeitos visando a sua desinstitucionalização são decorrentes da política de saúde.

O objetivo principal deste trabalho é contribuir para reflexão sobre o apoio concedido pelo campo da assistência social ao portador de transtorno mental. Partindo do que nos coloca Amarante (1994 p.43), de que “a Reforma Psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente”, temos a clareza da importância da política de assistência nesse processo.

Trouxemos para a análise o Benefício de Prestação Continuada, previsto na LOAS com a intenção de apontar a sua importância para a autonomia dos portadores de transtorno mental. Podemos perceber que o BPC é um importante instrumento de acesso a políticas públicas via Sistema Único de Assistência Social, estando incluído nos serviços de proteção social básica com execução dos CRAS.

É importante termos ciência que os CRAS ainda não são realidade em todas as áreas de vulnerabilidade social, como propõe a Política de Assistência Social – PNAS/2004. Contudo o caminho que está sendo trilhado nos leva a uma perspectiva de que teremos sim um grande salto nos serviços oferecidos aos portadores de transtorno mental egressos de instituições psiquiátricas, como também a sua família que necessita de igual atenção e proteção. A assistência social, portanto, através do SUAS vem ao encontro da garantia de direitos, da prevenção e proteção social visando a criação de medidas que permitam a reinserção social.

Podemos ver que os serviços voltados para a reinserção do portador de transtorno mental, ainda são escassos, muito embora não possamos negar que houve avanços significativos.

Colocou-se no início desse trabalho como questionamento o fato da Constituição Federal de 1988 no seu Art. 203, colocar que, “a assistência social será prestada a quem dela necessitar...”. Pois bem, pôde-se perceber que existe uma real necessidade do benefício assistencial para os portadores de transtorno mental infrator, egresso de instituições psiquiátricas, pois esses possuem imensas dificuldades para reorganizarem suas vidas, fora dos muros das instituições.

Esses sujeitos marcados por estigmas vêem a possibilidade de inserção via mercado de trabalho, restringida. O benefício é importante, pois vem possibilitar que esses sujeitos sejam inseridos em uma rede de atenção que vise a sua autonomia.

A questão levantada com relação aos critérios de elegibilidade para o acesso ao BPC, se deu com o objetivo real de se questionar justamente o direito que preconiza a nossa Constituição e que a LOAS veio regulamentar: que é o de prover os mínimos sociais que garantam o atendimento as necessidades básicas.

Diante do que foi exposto vejo que o BPC encontra-se em uma real contradição quando coloca condições para o seu acesso. A comprovação de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, impede-os de optar pela via do trabalho, sentem-se acuados de se inserirem em projetos de reinserção profissional, pois temem perder o benefício assistencial.

Há, portanto muitas dúvidas sobre como organizar o acesso ao BPC, de forma a garanti-lo a quem dele realmente necessitar, inclusive sua temporalidade, como suporte para que a pessoa possa atingir condições de independência. Desta forma há muito o que construir em termos de rede de proteção pública.

Se somente a análise do perito considerar a incapacidade para o trabalho, pode ser realmente que a debilidade do paciente portador de transtorno mental infrator que esteja sendo avaliado não seja realmente reconhecida como a mais grave. Para os profissionais peritos o portador de deficiência seja ela física ou mental tem de ser “merecedor” de tal benefício o portador de transtorno mental tem que mostrar que é realmente incapaz de gerir sozinho a sua vida. O não “merecimento” os segregam mais uma vez da possibilidade de modificarem a sua situação.

No caso do sujeito portador de transtorno mental infrator além da sua debilidade existe os estigmas que dificultam a sua vida social tanto quanto a doença. Por isso é de fundamental importância que se avalie não só as condições físicas, como também as condições sociais, que se apresentam muitas vezes como os maiores dificultadores para a sua nova vida em sociedade.

A partir do que foi colocado vê-se de fundamental importância, que haja um debate mais amplo com relação aos critérios para o acesso ao BPC, para que tais injustiças sejam ultrapassadas.

Outro ponto é que a assistência social através do SUAS possibilite que os portadores de transtorno mental tenham a possibilidade de acessar políticas públicas que os levem a pensar o BPC como uma via para uma maior proteção e não exclusivamente como uma renda que não permite a mudança da condição que os levou ao benefício, haja visto o valor mínimo deste.

Espera-se que este estudo desperte o interesse de outras acadêmicas, bem como de outras estagiárias do HCTP, e que sirva de subsídio para maiores discussões e debates em torno dos direitos dos portadores de transtorno mental infratores. O estudo ainda tem como pretensão contribuir como suporte técnico para as profissionais do Serviço Social do HCTP.

Por fim ressaltamos que os critérios até hoje adotados se materializam, portanto como a negação do direito a uma vida mais digna e da possibilidade de ver concretizado os sonhos que simplesmente aguardam uma oportunidade para serem realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica**. In: Saúde em Debate. p. 43-46, dez. 1994.

_____, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica** Cad. Saúde Pública v.11 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 17 de jun. de 2007. p. 491-494

_____, Paulo. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ASSUMPÇÃO, Samara da Silva Freire. **Benefício da prestação continuada: uma estratégia para a autonomia?** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Políticas Públicas e Saúde) - Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BARBOSA, Maria Madalena Martins; SILVA, Maria Ozanira da Silva. **O Benefício de Prestação Continuada – BPC: desvendando suas contradições e significados**. In Revista SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília, n.12, p. 221-244, jan./jun. 2003.

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA. **Orientações Básicas - 5ª Etapa da Revisão da Concessão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada**. Diretoria de Benefícios Assistenciais. MDS/SNAS. 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/>>. Acesso em: 30 de jun. 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **A ação dos trabalhadores na consolidação da Assistência Social com Direito**. In Revista SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília, n.12, p. 37-58, jan./jun. 2003.

BRASIL. **Código Penal**. São Paulo: Rideel, 2001.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Decreto 5.085 de 19 de maio de 2004**. Define as ações continuadas de Assistência Social.

_____. **Decreto 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

_____. **LOAS (1993)**. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, MPAS, Secretaria de Estado de Assistência Social, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Balanço da Saúde: janeiro de 2003 a julho de 2005.**

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.** Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2004.

_____. Presidente (2003-: Lula). **Mensagem ao Congresso Nacional: 2006.** Brasília: Presidência da República, 2006.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Manual do Programa de Volta para Casa.** Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CALHAU, Lélío Braga. **Presídios como instituições totais: uma leitura em Erwing Goffman . Jus Navigandi**, Teresina, ano 3, n. 35, out. 1999. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1012>>. Acesso em: 21 de maio de 2007.

CARDOSO, Renata Emanuella. **Reabilitação psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar a inclusão social.** 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CARDOSO, Roberta Gabriella. **Unidade de gestão participativa: um espaço para reabilitação psicossocial de pacientes portadores de transtornos mentais.** 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 de jun. de 2007.

CORDIOLI, M. S. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis: os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos.** 2002. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Educação da Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CORRÊA, Josel Machado. **O Direito e a psiquiatria: aspectos legais, penais, civis e processuais**. 2000. Disponível em: <<http://www.redebrasil.inf.br/>> . Acesso em: 24 de abr. 2007.

COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: Curso de Especialização à Distância em Direito sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura. Brasília. Unb/FIOCRUZ, 2002.

Dicionário Jurídico. <http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/>. Acesso em 04 de fev.2007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

GOMES, Ana Ligia. **O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, n.68, São Paulo: Cortez, novembro, p. 111-139, 2001.

GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Experiência de um Grupo Vivencial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GONÇALVES, Fábio Satake. LAGO, Marianna Martins. **Projeto de Cessação do tabagismo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina**. Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

IAMAMOTO, Marilda. **O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social**. In: modulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília. CEAD, 1999. p. 119-126. regulação social

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES. **O que é PSR?** (online), 1995. Disponível: <<http://www.uspra.org/>>. Acesso em: 25 de jun. de 2007.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

KANTORSKI, L. P. **A Reforma Psiquiátrica - um estudo parcial acerca da produção científica**. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista/>>. Acesso em: 20 de maio de 2007.

KOLKER, Tânia; BIONDI, Edson; FIALHO, Jorge. **A reinserção social do portador de transtorno mental: proposta para a adequação das medidas de segurança a LEI 10.216/01**. 2005. Disponível em: <<http://www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/>>. Acesso em: 20 de maio de 2007.

LUZ, Acir Ferreira da. **Homicídios praticados por mulheres portadoras de distúrbio mental**. (Monografia apresentada à disciplina de Metodologia do Curso de Pós-Graduação em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional, Universidade Federal do Paraná). Curitiba: UFPR, 2003.

LUZ, Eleonora Dezidério da; LIMA, Leandro Antônio Soares. **Um novo olhar para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. In: *Inclusão Social no Brasil – Experiências de reabilitação prisional a partir do I Fórum internacional de ações sócio-educativas nas prisões*. Florianópolis: Agnus, 2003. p. 146-149.

MARCA, Lurdiane Andréa. A. **Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Florianópolis: UFSC, 2002. (Trabalho apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina).

_____, **Política de Saúde Mental – Um Estudo de Caso no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora; SQUINCA, Flávia. **Transferência de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/Destaques/BPC_Relatorio>. Acesso em: 20 de jun. de 2007.

MELO, Zélia Maria de. **Os estigmas: a deterioração da identidade social**. 2001. Disponível em: <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas/>>. Acesso em: 16 de maio de 2007.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. São Paulo: USP, 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/>>. Acesso em: 30 de jun. de 2007.

OLIVEIRA, Cláudia. **OAB promete ajuda a internos do HCT**. Disponível em: <<http://www.oab-ba.com.br/noticias/imprensa/2005>>. Acesso em: 14 de maio de 2007.

OLIVEIRA, Eleusa Klipp de. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico frente à Reforma Psiquiátrica – Desafios e Possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

OLIVEIRA, O.M. **Prisão: um paradoxo social**. 3.ed. Florianópolis: UFSC. 2003.

PEREIRA, Maria Alice Ornéllas. **Representação da saúde mental pela família**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

PEREIRA, Potyara. A.P. **A política social no contexto da seguridade social brasileira: a particularidade da assistência social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 56, p. 60-76, mar. 1998.

_____, Potyara, A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

Psi Jornal de Psicologia CRP SP: **Reforma Psiquiátrica avança apesar das pressões contrárias**. São Paulo: número 150 • janeiro / março 2007. Seção Aberta. Disponível em: <http://www.crp.org.br/a_acerv/jornal_crp>. Acesso em 23 de jun.2007.

PICCININI, J. Walmor. **História da psiquiatria: Psiquiatria Forense no Brasil a partir das suas publicações (II)**. Psychiatry on line Brazil. Junho de 2002 - Vol.7 - Nº 6. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0602.php>>. Acesso em 24 de abr.2007.

RAMOS, Daniela Peixoto; QUERINO, Ana Carolina. **Impacto dos benefícios não contributivos sobre a pobreza no Brasil**. In: BENECKE, Dieter W.; NASCIMENTO, Renata. (orgs.). Política Social Preventiva: desafio para o Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003. p. 147-178.

RESENDE, Josiane Antonio. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico** - Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Plano de Estágio. (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SANTA CATARINA, **DECRETO nº 4.283, de 22 de fevereiro de 1994**. Disponível em: <<http://www.pge.sc.gov.br>>. Acesso em 06 de maio de 2007.

SANTOS, Marlene. **Os Benefícios de Assistência Social no âmbito da Política Nacional de Assistência Social e impacto na redução da pobreza e das desigualdades sociais**, 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/suas/>>. Acesso em: 28 de jun. de2007.

SANTOS, Wederson. **Deficiência no plural: a perspectiva dos juízes federais**. Série Anis 44, Brasília, Letras Livres, 1-8, julho, 2006.

SOUZA, Paulo César Zambroni de. **Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2006, vol. 9, n.1, p. 91-105. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/>>. Acesso em 16 de jun. de 2007.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº. 77, São Paulo: Cortez, 2004, março, p. 30-53.

_____, Aldaíza de Oliveira; FALCÃO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 4º ed. São Paulo: Cortez, 2002.

STUMM, Lillian Konageski, HILDEBRANDT Leila Mariza. **A loucura no decorrer dos tempos e a sua relação com a psiquiatria forense: uma revisão bibliográfica**. 2005. Disponível em: <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp>>. Acesso em: 22 de abr. de 2007.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou**

cooperativas sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2007

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do Hospital a Comunidade: mudança sim; negligência não.** Belo Horizonte: SEGRAC. 1992.

WUNDERLICH, Alexandre. **Os casos de Piérre Rivière e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de uma violência institucionalizada.** Jus Navigandi, Teresina, ano 4, n. 43, jul. 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto/>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

YASBECK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** São Paulo, Cortez, 1993.

_____, Maria Carmelita. **As ambigüidades da Assistência Social Brasileira após 10 anos de LOAS.** Revista Serviço Social & Sociedade, ano XXV, nº 77, p. 11-29, mar. 2004.

ANEXOS

ANEXO A - LEI Nº. 4.559 DE 4 DE JANEIRO DE 1971

Procedência– Governamental
Natureza – PL- 131/70
DO. 9.166 de 18/01/71
Fonte: Divisão de Documentação

Cria o Manicômio Judiciário do Estado e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA,

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Manicômio Judiciário do Estado órgão integrante da Secretaria do Interior e Justiça.

§ 1º O Manicômio Judiciário do Estado terá por finalidade:

a) receber, para fins de tratamento psiquiátrico, e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de alienação mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;

b) receber, por determinação judicial, os pacientes que devam ser submetidos à perícia psiquiátrica, para fins de apuração de responsabilidades penal;

c) proceder aos exames de sanidade mental solicitados pelo Conselho Penitenciário do Estado.

§ 2º As atribuições e funcionamento do órgão serão regulamentados por Decreto do Poder Executivo.

Art. 2º O Manicômio Judiciário do Estado será dirigido por um médico psiquiatra, provido em cargo em comissão de Diretor, padrão CC-2, que fica criado.

Art. 3º Até que se crie o respectivo quadro, o Manicômio Judiciário do Estado poderá admitir, sob o regime de contrato, o pessoal necessário ao seu funcionamento.

Art. 4º Para atender às despesa de implantação dos serviços e de pessoal do Manicômio Judiciário do Estado, fica o Poder Executivo autorizado a abrir, no exercício de 1971, por conta dos recursos disponíveis, crédito especial até o valor de Cr\$ 150.000,00.

Art. 5º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

A Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Justiça assim a faça executar.

Palácio do Governo, em Florianópolis, 4 de janeiro de 1971

IVO SILVEIRA
Governador do Estado

ANEXO B - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180ª da Independência e 113ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 5 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, DE 4 DE MAIO DE 2004

Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Documento importante para a mudança nas diretrizes assistenciais e jurídicas relativas ao louco infrator.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, reunido em sessão ordinária aos 04 dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, na cidade de Brasília, tendo presente a Proposta de Diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, adequando-as ao contido na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, resolve:

Art. 1º. Aprovar as Diretrizes Anexas à presente Resolução, visando adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Art. 2º. Recomendar à Secretaria deste Conselho que remeta cópia desta Resolução e do Anexo que a integra às Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, bem como aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

ANTONIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA
Presidente do Conselho

ANEXO

DIRETRIZES PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A partir dos resultados do "Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro", realizado por equipe da Superintendência de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e considerando as propostas aprovadas na "III Conferência Nacional de Saúde Mental" e no "Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico", bem como as discussões ocorridas na Comissão eleita no referido Seminário para encaminhar projeto de mudança à Lei de Execução Penal, e tendo como objetivo adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei nº 10.216/2001, ficam propostas as seguintes diretrizes:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis "visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.
2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio-familiar.
3. O internado deverá "ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades" (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.
4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e

serviços que compõem a rede.

5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).

6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.

7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.

9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.

11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.

14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

ANEXO D - LEI Nº. 9867 - DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme especifica.

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme especifica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA FAÇO SABER QUE O CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

- I - a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos;
- II - o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2.º Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-se lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetivos desta lei.

Art.3.º Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei:

- I - os deficientes físicos e sensoriais;
- II - os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
- III - os dependentes químicos;
- IV - os egressos de prisões;
- V - VETADO
- VI - os condenados a penas alternativas à detenção;
- VII - os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

§ 1.º VETADO

§ 2.º As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito às instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagens que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

§ 3.º A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressalvando-se o direito à privacidade.

Art. 4.º O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

Art.5.º VETADO

Parágrafo único. VETADO

Art. 6.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de novembro de 1999; 178.º da Independência e 111.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Carlos Dias
Francisco Dornelles
Waldeck Ornéas

REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC
DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

ANEXO E - REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC - DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

Dados Cadastrais

NB:	Nome:	Sexo:	Espécie:	APS:	DDB:	Faixa Etária:
Obs.: benefícios com DDB até 11.08.1997 considerar Família: "a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes". Após esta data, considerar Família "o conjunto de pessoas vivendo sob o mesmo teto: pai, mãe e irmãos menores de 21 anos ou inválidos ou cônjuge, companheiro e os filhos menores de 21 anos ou inválidos e os equiparados a essas condições".						
Data de Nascimento:	CPF:	RG:	UF:	Emissor:	Nome da Mãe:	
Endereço:	Bairro:	Município:	UF:	CEP:	Tel.:	

Grupo Familiar

() Vive sozinho ou com pessoas que não fazem parte do grupo familiar (art.16) lei 8213/91 () Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo () Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros (Nome: _____)

Nome do Beneficiário e de cada integrante do grupo familiar	Nascimento	Nome da Mãe	Parentesco	Situação Ocupacional						Rendimento Mensal	Docto Compr. Renda
				CTPS Assina	Auto nomo	Apos/ Pens	Merc. Inform	Sem Rendim	BPC		
			0								

Tabela de Parentesco: 0-Beneficiário 1-Pai 2-Mãe 3-Representante Legal 4-Cônjuge 5-Companheira(o) 6-Filho ou enteado 7-Irmão 8-Integrante Unidade Mononuclear

Representante Legal

Tipo do Representante Legal: () Pai () Mãe () Curador () Tutor () Procurador () Diretor de instituição () Termo de Guarda () Administrador Provisório						
Nome:	Data de Nascimento:	Sexo:	CPF:	RG:	UF:	Emissor:
Endereço:	Bairro:	Município:	UF:	CEP:		

Pela presente declaro, para fins do Benefício BPC-LOAS, devido ao idoso e ao portador de deficiência (Lei nº 8.742/93) que as informações acima especificadas são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299. Declaro não estar amparado por outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime.

Local/Data : _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal

Assistente Social

<p>O beneficiário apresentou documentos que comprovam as situações declaradas:</p> <p>() Novo Endereço () Pai () Mãe () Cônjuge ou companheiro(a) () Filhos () Irmãos () Representante Legal</p> <p>Situação : () Localizado () Não Localizado () Óbito () Negou Esclarecimento () Desistência Benefício</p> <p>Renda familiar per capita declarada : () Inferior a 1/3 do Salário Mínimo () Igual ou Superior a 1/3 do Salário Mínimo</p> <p>(Valor do Salário Mínimo Vigente R\$ _____)</p> <p>Avaliação social sugere realização de perícia médica : () Sim () Não</p> <p>(Necessitam perícia médica: beneficiários com DDB antes de 11.08.97 e beneficiários que aparentem ter superado sua condição de incapacidade.)</p> <p>Data da Avaliação : ____/____/____</p>		<p>Em caso de óbito: _____</p> <p>Apresentou Documento : () Sim () Não</p> <p>Data do óbito : ____/____/____ N° Livro : _____</p> <p>N° Folha : _____ N° Termo : _____</p> <p>N° Cartório : _____</p> <p>Município : _____ Estado : _____</p>
Nome legível e assinatura	N° do registro no Conselho de Classe do técnico que realizou a Avaliação	Assinatura e carimbo do responsável pela Secretaria de Assistência Social ou congênera

ANEXO F – REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL – LEI 8.742/93



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL -
Lei 8.742/93

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____

NOME DA MÃE _____

NOME DO PAI _____

RUA/AV. _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ ESTADO _____ CEP _____

SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. NATURALIDADE _____ ☐ DEFICIENTE ☐ IDOSO

ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ DESQUITADO ☐ OUTRO

Declara que:

☐ Recebe benefício do _____ (INDICAR A INSTITUIÇÃO DE PREVIDÊNCIA)

☐ Não recebe benefício da Previdência Social, nem de outro regime e assume a responsabilidade por essa declaração, sob as penas da lei.

LOCAL _____ DATA _____

ASS. REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO PROCURADOR, OU CURADOR OU TUTOR (RESPONSÁVEL LEGAL)

USO DO INSS	
DATA	RUBRICA E NATRÍCULA

ANEXO G – DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

NOME DO REQUERENTE _____ CPF _____
ENDEREÇO _____ CIDADE _____
ESTADO _____ CEP _____
DOC. IDENTIFICAÇÃO/ÓRG. EXPEDIDOR _____

Declaro para fins de requerimento do Benefício Assistencial devido ao idoso e ao deficiente (Lei nº 8.742/93) que o requerente acima qualificado:

☐ VIVE SOZINHO ☐ VIVE INTERNADO NA (Instituição) _____

☐ CONVIVE SOB O MESMO TETO COM AS PESSOAS RELACIONADAS ABAIXO:

Requerente - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>
2 - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>
3 - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>
4 - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>
5 - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>
6 - Nome _____			Parentesco _____
Nascimento _____	Situação Ocupacional _____	Rendimento Mensal _____	Existe comprovação de rendimento? <input type="checkbox"/>

7 - Nome			Parentesco
Nascimento	Situação Ocupacional	Rendimento Mensal	Existe comprovação de rendimento?
8 - Nome			Parentesco
Nascimento	Situação Ocupacional	Rendimento Mensal	Existe comprovação de rendimento?

9 - Nome			Parentesco
Nascimento	Situação Ocupacional	Rendimento Mensal	Existe comprovação de rendimento?
10 - Nome			Parentesco
Nascimento	Situação Ocupacional	Rendimento Mensal	Existe comprovação de rendimento?

Pela presente declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, Artigos 171 e 299.

Local Data

ASSINATURA DO REQUERENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

Preencher quando o declarante for o Representante Legal

Nome	RG(Identidade)
Órgão Expedidor	CPF
Endereço	
Cidade	CEP

Condição do Representante Legal

- ☐ PAI ☐ MÃE ☐ CURADOR ☐ TUTOR
- ☐ PROCURADOR ☐ DIRETOR DE ENTIDADE FILANTRÓPICA

**ANEXO H - TABELA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIA –
BPC (máximo 07 pontos)**

Número do Benefício		Espécie	Data de Concessão	Gerência	Órgão/Local
Nome do Beneficiário		Apelido	Nome da mãe		Sexo F () M ()
Endereço:		CEP/Cidade			Estado
Ponto de Referência		Outro Endereço de Referência			Beneficiário Localizado () Sim () Não
Telefone 0 XX ()	RG/ Órgão expedidor	Tipo de Incapacidade Informada pelo Beneficiário ou seu Representante Legal: () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência física (do aparelho locomotor: ausência, amputação ou paralisia dos membros) () deficiência mental () paralisia cerebral () doença mental () doença crônica e incapacitante () deficiência múltipla (duas ou mais destas incapacidades) () outra, especificar			
CAMPO ELIMINATÓRIO RENDA FAMILIAR PERCAPITA MENSAL Inferior a 1/4 do Salário Mínimo () Igual ou Superior a 1/4 do Salário Mínimo ()				A AVALIAÇÃO SOCIAL INDICA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA () SIM () NÃO (necessita perícia médica: benefícios concedidos antes de 08.08.97 e beneficiários que aparentem ter superado sua condição de incapacidade)	
Situação Familiar (até 1,0 ponto)	Pessoa em situação de abandono() vivendo na rua () sem estimulação () vítima de maus-tratos ()				0,30
	vivendo em cárcere privado () vítima de exploração ()				
	Ausência de um dos membros responsáveis pela pessoa com deficiência (pai, mãe ou companheiro(a))()				0,25
	pessoas residentes em abrigos, asilos ou similares ()				
	Velhice (idade acima de 65 anos) de um dos pais, responsável ou companheiro(a) da pessoa portadora de deficiência				0,20
Oferta de Serviços Comunitários (até 1,0 ponto)	Pessoa vivendo em moradia precária ou inadequada() com famílias numerosas () várias famílias				0,15
	vivendo em um único cômodo ()				0,10
	Pessoa vivendo em moradia cedida () de favor ()				
	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÁXIMO CINCO ESCOLHAS				
	Inexistência ou insuficiência de infra-estrutura local () transporte adaptado () serviços de atendimento em habilitação ou reabilitação () inserção no mercado de trabalho ()				0,40
Carência Econômica (até 2,0 pontos)	O beneficiário em situação de abrigado, asilado ou sob tutela ou curatela, sem acesso aos serviços que necessita				0,35
	Residência não adaptada () barreiras no entorno () localização em morros () favelas ()				0,25
	Invasão () áreas de risco () de difícil acesso () ou área rural ()				
	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÁXIMO TRES ESCOLHAS				
	Situação de desemprego de pelo menos um dos pais ou responsáveis pela manutenção do portador de deficiência, inclusive em decorrência de necessidades de cuidados do mesmo				0,50
Idade (até 1,0 ponto)	Família com mais de 04 integrantes com idade até 18 anos, idosos ou inválidos				0,40
	Gastos com aluguel () ou prestação da casa própria ()				0,35
	Gastos contínuos com tratamentos() medicamentos () órteses e próteses ()				0,30
	O benefício é a única renda de caráter continuado recebido pela família				0,25
	A renda que mantém a família é obtida de forma esporádica e insuficiente				0,20
Análise da História da Deficiência (até 1,0 ponto)	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/MÁXIMO SEIS ESCOLHAS				
	Acima de 67 anos				1,00
	Acima de 45 anos até 67 anos				0,70
	Acima de 18 anos até 45 anos				0,50
	0 até 18 anos				0,40
Labor e potencial para trabalhar (até 1,0 ponto)	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ ESCOLHA ÚNICA				
	Deficiência informada: múltipla () mental () totalmente imobilizada () doença mental ()				0,50
	Incidência de deficiência em parentes de 1º grau (pai, mãe ou irmãos)				0,30
	Deficiência adquirida				0,20
	Deficiência congênita				0,20
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO TRES ESCOLHAS					
TOTAL GERAL	Nunca trabalhou () é totalmente dependente ()				0,40
	Não está em idade laboral (até 18 anos ou idosos)				0,30
	Não tem escolarização				0,30
	Está em idade laboral, tem escolarização e/ou realizou cursos profissionalizantes				0,20
	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÁXIMO TRES ESCOLHAS				
SITUAÇÃO SOCIAL / NÍVEL DE VULNERABILIDADE A SER INFORMADO Classifique a pontuação obtida em níveis de vulnerabilidade: BAIXO, MÉDIO ou ALTO Considere: até 2,0 BAIXO () Acima de 2,0 pontos até 4,0 pontos – MÉDIO () Acima de 4,0 pontos até 7,0 pontos – ALTO () (Local e data)					

Nome legível, assinatura e nº do registro no conselho de classe do técnico ou congêneres

Assinatura /carimbo/ resp. Secretaria de Assistência Social